

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

DIPLOMSKA NALOGA

IZOLA, DECEMBER 2009

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**RAZŠIRJENOST KAJENJA MED DELAVCI V
ZDRAVSTVENI NEGI TER NJIHOVA VLOGA NA
PODROČJU PROMOCIJE ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA
SLOGA BREZ KAJENJA**

**PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AMONG HEALTH CARE
WORKERS AND THEIR ROLE IN THE PROMOTION OF HEALTHY LIFE-
STYLE, FREE FROM TOBACCO SMOKING**

Študent: KARMEN RENIER

Mentor: mag. MANICA REMEC

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, december 2009

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**RAZŠIRJENOST KAJENJA MED DELAVCI V
ZDRAVSTVENI NEGI TER NJIHOVA VLOGA NA
PODROČJU PROMOCIJE ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA
SLOGA BREZ KAJENJA**

**PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AMONG HEALTH CARE
WORKERS AND THEIR ROLE IN THE PROMOTION OF HEALTHY LIFE-
STYLE, FREE FROM TOBACCO SMOKING**

Študent: KARMEN RENIER

Mentor: mag. MANICA REMEC

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, december 2009

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	KAJENJE	3
2.1	Raba tobaka skozi čas.....	3
2.2	Sestavine tobačnega dima.....	5
2.3	Kajenje kot bolezen odvisnosti.....	8
2.4	Škodljivi vplivi kajenja na zdravje	12
2.5	Odvajanje in opustitev kajenja	14
2.5.1	Model spreminjanja	14
2.6	Metode odvajanja od kajenja.....	19
2.6.1	Svetovalni telefon »Pomoč pri opuščanju kajenja«.....	22
2.6.2	Delavnice za pomoč pri opuščanju kajenja in individualno svetovanje.....	22
2.6.3	Akcija »Opusti kajenje in zmagaj«.....	22
2.6.4	Farmakoterapija	23
2.7	Razširjenost kajenja v svetu in pri nas.....	24
2.7.1	Razširjenost v svetu.....	24
2.7.2	Razširjenost v Sloveniji.....	25
2.7.3	Delež kadilcev med zdravstvenimi delavci	25
3	PROMOCIJA ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENA VZGOJA.....	27
3.1	Promocija zdravja.....	27
3.2	Projekti promocije zdravja.....	28
3.3	Zdravstvena vzgoja.....	31
3.4	Vloga zdravstvenih delavcev pri promociji zdravega življenjskega sloga brez kajenja	33
3.4.1	Vloge delavcev v zdravstveni negi pri zmanjševanju kajenja.....	33
3.4.2	Pravila ravnanja	35
4	MATERIALI IN METODE	37
5	REZULTATI.....	38
6	RAZPRAVA.....	50
7	ZAKLJUČEK	59
	VIRI.....	61
	SEZNAM KRATIC.....	65
	PRILOGE	66

KAZALO SLIK

Slika 1: Dolgoročni proces spreminjanja	15
Slika 2: Pristop zdravstvenega delavca k svetovanju pri odvijanju kajenja	20
Slika 3: Spol	38
Slika 4: Starost.....	39
Slika 5: Izobrazba	39
Slika 6: Delež kadilcev	40
Slika 7: Želja po opustitvi kajenja	40
Slika 8: Poskus opustitve kajenja	41
Slika 9: Število pokajenih cigaret dnevno	41
Slika 10: Vzroki za prižiganje cigaret	42
Slika 11: Najpogostejši vzroki za kajenje na delovnem mestu	43
Slika 12: Možni povodi za opustitev kajenja	43
Slika 13: Vzroki za ohranjanje kajenja.....	44
Slika 14: Poznavanje odtegnitvenih simptomov	45
Slika 15: Poznavanje metod odvijanja od kajenja	45
Slika 16: Zadostno znanje na področju nekajenja	46
Slika 17: Rutinsko opozarjanje kadilcev	47
Slika 18: Zavedanje zgleda zdravstvenega delavca bolnikom in drugim obiskovalcem	47
Slika 19: Izvajanje zdravstveno- vzgojnih aktivnosti.....	48
Slika 20: Vpliv zgleda zdravstvenih delavcev na širšo populacijo	49

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Sestavine tobačnega dima.....	5
---	---

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

V diplomski nalogi smo raziskovali vzroke za kajenje, razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi, njihovo poznavanje metod odvajanja od kajenja ter koliko so zdravstveno-vzgojno aktivni na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja. Skušali smo ugotoviti tudi, koliko se zavedajo, da so s svojim vedenjem vzor vsem pacientom in obiskovalcem ustanov v katerih delajo.

Kot instrument raziskovanja, pri delavcih v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice in Domu upokojencev dr. Janka Benedika v Radovljici, smo uporabili anketo, ki je bila anonimna in zaprtega tipa. V raziskavi je sodelovalo 63 delavcev v zdravstveni negi. Največ anketiranih je bilo v starostni skupini od 21 do 30 let, po izobrazbi tehniki/tehnice zdravstvene nege.

Rezultati raziskave so pokazali, da je kajenje še vedno zelo razširjen problem med delavci v zdravstveni negi, saj kadi kar 41 % anketiranih. Premalo se tudi zavedajo svoje vloge zdravstvenega vzgojitelja/-ice, in dejstva, da so s svojim vedenjem vzor posameznikom in družbi. Izkazalo se je tudi, da imajo premalo znanja o zdravstveno-vzgojnih aktivnosti na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja.

Na osnovi rezultatov raziskave smo prišli do sklepa, da moramo, na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja, delavce v zdravstveni negi, ne glede na njihovo strokovno izobrazbo, obravnavati ravno tako kot ostalo populacijo. Ne smemo precenjevati njihovega znanja, ki ga imajo na tem področju, saj se je izkazalo, da ga imajo malo, tako za ohranjanje in krepitev lastnega zdravja, kakor tudi zdravja svojih pacientov in varovancev.

Ključne besede: kajenje, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, zdravstveni delavci

SUMMARY AND KEY WORDS

The diploma thesis studies the reasons for smoking, the prevalence of smoking among health care personnel, their knowledge about the quit smoking methods and the extent of active involvement of health care personnel in promoting a healthy, no-smoking lifestyle. The aim of the thesis was to determine whether and to what extent health care personnel are aware that they set an example for all patients and visitors of the institutions where they are employed.

The study was conducted among 63 health care professionals at Splošna bolnišnica Jesenice (Jesenice General Hospital) and Dom upokojencev dr. Janka Benedika (Dr Janko Benedik Senior Citizens Home) in Radovljica, most of them health care technicians aged 21-30 years. The research method used was anonymous questionnaire of a closed type.

With 41 percent of respondents declared smokers, the analysis has shown that smoking remains a topical problems among health care personnel. It was also established that health care personnel are not sufficiently aware of their role as health care educators and the fact that they set an example for individuals and the society. Moreover, health care personnel exhibited a lack of knowledge about the activities used to promote a healthy, no-smoking lifestyle.

On the basis of the results obtained, a conclusion was made that in the field of promoting a no-smoking lifestyle health care personnel need to be treated like the rest of the population, regardless of their qualifications and educational background. Their knowledge about this issue should not be overestimated as the results of the study show that it is relatively poor, both as regards preservation of own health and preservation of the health of their patients and residents.

Key words: smoking, health promotion, health education, health care personnel

1 UVOD

Kajenje predstavlja kljub številnim uspešnim javno-zdravstvenim ukrepom in nižanju števila kadilcev, še vedno najobsežnejši javno-zdravstveni problem. Kajenje je eden najbolj raziskanih dejavnikov tveganja, ki se mu je moč popolnoma izogniti. Ukrepi za zmanjševanje obsega in posledic kajenja so osredotočeni na preprečevanje začetka kajenja, pospeševanje prenehanja kajenja, zaščito nekadilcev pred pasivnim kajenjem in nadzor nad tobačnimi proizvodi ter njihovo promocijo. Zdravstveni delavci in njihova stanovska ter strokovna združenja imajo pomembno vlogo pri izvajanju ukrepov za zmanjševanje kajenja (1).

Kajenje je dejavnik tveganja za številne bolezni, ki pripeljejo pacienta k zdravniku. S sprejetjem in izvajanjem priporočenih smernic za pomoč kadilkam in kadilcem pri zdravljenju nikotinske odvisnosti lahko zdravstveni delavci pripomorejo k zmanjševanju števila kadilcev in k zmanjšanju posledic kajenja za zdravje. Ob tem pa je pomembno, da imajo tisti, ki opuščajo kajenje, na voljo čim več različnih metod odvajanja od le-tega, med katerimi izberejo najprimernejšo zase (2).

Dnevno se veliko zdravstvenih delavcev srečuje z boleznimi, ki so posledica kajenja, pa vendar lahko vidimo, kar je tudi z raziskavami dokazano, da je ta škodljiva razvada ali zasvojenost, še kako prisotna tudi med delavci v zdravstveni negi. Po drugi strani pa so prav zdravstveni delavci prvi začeli opozarjati na nevarnost kajenja in prav tako so bile prve raziskave izvedene na populaciji zdravnikov. Pomembno je, da vsi zdravstveni delavci, zlasti pa tisti v zdravstveni negi, tudi v prihodnje promovirajo zdrav življenjski slog brez kajenja in to ne le z načrtovanimi zdravstveno-vzgojnimi ukrepi in aktivnostmi, ampak predvsem z lastnim zgledom in zdravim življenjskim slogom (3).

Namen diplomskega dela je predstaviti odvisnost od kajenja, najpogostejše vzroke za začetek in ohranjanje kajenja, negativne posledice, ki jih kajenje povzroči na zdravju in možne uveljavljene načine odvajanja od kajenja. Hkrati želimo v diplomskem delu podrobneje predstaviti problematiko kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihovo vlogo na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja.

Postavili smo si tri cilje:

- ugotoviti, koliko je kajenje razširjeno med delavci v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice in v Domu dr. Janka Benedika Radovljica,
- ugotoviti, vzroke za začetek in ohranjanje kajenja med delavci v zdravstveni negi in njihovo poznavanje načinov odvajanja od kajenja v obeh in
- ugotoviti, ali se delavci v zdravstveni negi v obeh ustanovah, kjer smo anketo izvedli, zavedajo svoje vloge zdravstvenih vzgojiteljev/-ic in promotorjev zdravja na področju kajenja.

Oblikovali smo tudi tri delovne hipoteze:

H1: Med delavci v zdravstveni negi je več kot tretjina kadilcev.

H2: Delavci v zdravstveni negi poznajo načine za odvajanje od kajenja.

H3: Delavci v zdravstveni negi se zavedajo svoje vloge zdravstvenega vzgojitelja v boju proti kajenju, vendar tega ne izvajajo in ne udeležujejo.

2 KAJENJE

2.1 Raba tobaka skozi čas

Za Evropejce se zgodovina tobaka in tobačnih izdelkov začne 1492, ko se je Krištof Kolumb izkrcal na enem od Bahamskih otokov. Tamkajšnji domačini so mu ob dobrodošlici izročili veliko daril, med katerimi so bili tudi posušeni listi takrat še neznane rastline, katere so domačini zvili v cev in jo kadili ter se s tem omamljali pa tudi uspavali. Po Evropi se je tobak razširil po zaslugi Jeana Niccota, po katerem je ta rastlina tudi dobila ime *Herba Nikotiana*, njen glavni alkaloid pa nikotin. Novica o veliki zdravilni moči tobaka se je hitro razširila, o škodljivosti te razvade pa ni vedel še nihče (4).

Že v začetku 16. stoletja so začeli pisati o škodljivosti kajenja. V Angliji je Sir Francise Drake uvedel visok davek na tobak in celo uničeval nasade tobaka. O njegovi škodljivosti je pisal tudi v knjigi z naslovom *Nasprotovanje tobaku* (5). Nato se je tobak konec 16. stoletja pojavil v Turčiji, kjer mu je nasprotovala tamkajšnja oblast, od tam se razširil na Bližnji vzhod ter na Balkan, kjer so začeli kaditi tudi vodne pipe in cigarete.

Medtem ko se je tobak in s tem tudi kajenje, hitro širil, so se kmalu pojavili tudi drugi nasprotniki. Eden glavnih nasprotnikov je bil angleški kralj James I., ki je dejal, da lahko črn, smrdeč dim tobaka primerjamo s sanjami na dnu pekla (4). Kajenju so nasprotovali tudi drugod po Evropi. V Švici so kajenje celo izenačili z prešuštvom in ga tako tudi kaznovali. Kljub vsemu se je kajenje zelo hitro širilo. V častniku Novice iz leta 1853 je bilo zapisano, da se nobeno zelišče ni tako lahko in hitro razširilo po celem svetu kakor tobak, ki mora v sebi imeti nekakšno čudno skrivnost, da človeka lahko tako hitro zasvoji (5).

V 17. in 18. stoletju so se stvari bistveno spremenile. Ponekod so kadili samo cigarete, nekje pipe (4). Tudi po drugih kontinentih se je kajenje hitro širilo. V 16. stoletju so tobak poznali že v Afriki, v 17. stoletju pa tudi na Kitajskem.

Ko je nastala možnost industrijske proizvodnje tobaka, je prva industrija nastala na Kubi leta 1840. V naslednjih letih se je proizvodnja cigaret razširila v različne države. Velik vpliv na širjenje industrije pa sta imeli obe svetovni vojni.

Pri nas se je leta 1871 odprla prva tovarna tobaka v Ljubljani (5). Okoli leta 1940 so se začele pojavljati tudi prve reklame, ki so prikazovale tobak kot vir užitkov. Šele z razvojem kemije pa je bilo možno natančno prikazati, kaj vse vsebujejo tobačni listi. Do prvih ugotovitev, kako strupen je tobak, so pršli leta 1950, ko je ameriški kirurški oddelek izdal prvo poročilo o tem. Okoli leta 1970 so morali na vse škatlice tobaka napisati sporočilo o škodljivosti le-tega, vendar se kljub temu poraba tobaka v 19. in 20. stoletju ni nič spremenila.

Najprej se je kajenje razširilo med moškimi, šele kasneje med ženskami. Ta razlika se dandanes pozna pri prevalenci pljučnega raka pri ženskah, saj je pri njih rak pljuč na 4. mestu, medtem ko je pri moškem spolu že na prvem mestu (4).

Dandanes navkljub številnim študijam, ki dokazujejo, da tobak v vseh svojih oblikah ubija svoje uporabnike in da tobačni dim mori nekadilce, ga ljudje še naprej uporabljajo (5). Tobak se je tako v nekaj stoletjih iz 'rekreativne' droge prelevil v enega najbolj pomembnih, jasno identificiranih povzročiteljev številnih zdravstvenih problemov. Na ta način je postal prvovrstni javnozdravstveni problem (6).

2.2 Sestavine tobačnega dima

Tobak v cigaretah še zdaleč ni le drobni tobačnih listov, temveč je kemično prepariran, z natančno določeno in po potrebi dodano koncentracijo nikotina, z dodatki proti kislosti in proti slabosti mladega kadilca ter z dodatki za hitrejšo absorpcijo nikotina.

Pri izgorevanju tobaka nastajajo dimni delci in plinske organske in anorganske molekule. V tobačnem dimu je več tisoč različnih kemičnih spojin v plinastem ali tekočem stanju, lahko pa tudi v obliki mikroskopskih delcev. Najpomembnejši in eden najnevarnejših je nikotin. Poleg tega najdemo še veliko drugih snovi, ki jih prikazuje tabela št. 1 (4).

Tabela 1: Sestavine tobačnega dima

<i>Sestavina tobačnega dima</i>	<i>Kje še lahko najdemo isto snov?</i>
aceton	odstranjevalec laka
amoniak	WC čistilo
arzen	strup za podgane
butan	tekočina v vžigalnikih za cigarete
kadmij	baterije za ponovno polnjenje
ogljikov monoksid	avtomobilski izpušni plini
DDT	insekticid
formaldehid	Konzervans v medicini, pogosto uporabljan v kemični in gradbeni industriji.
Cianovodik	strupeni plin, ki so ga uporabljali med 2. svetovno vojno
svinec	bencinski hlapi
metan	močvirski plin
metanol	raketno gorivo
naftalin	sredstvo proti moljem
nikotin	strupen alkaloid in snov, ki vzdržuje odvisnost
Nitrobenzen	dodatek bencinu
Stearična kislina	vosek za sveče
toluen	industrijsko topilo
vinilklorid	plastika

(vir: http://www.zzvrvne.si/pdf/PASIVNO_KAJENJE_NAJPOGOSTEJSA_VPRASANJA.pdf)

Nikotin

Nikotin predstavlja le 5 % teže celotne rastline *Nicotiana tabacum*. Nahaja se v vseh njenih delih, vendar ga je največ v listih. V organizem ga lahko vnesemo na več načinov: preko ustne sluznice (žvečenje tobaka), nosne sluznice (njuhanje), kože (nikotinski obliži) in dihal (inhaliranje) (17).

Nikotin je ena glavnih sestavin tobaka in je odgovorna za kompulzivno rabo tobačnih izdelkov. Je dovoljena (legalna) droga (psihoaktivna snov), ki je največji ubijalec na svetu in povzroča veliko gospodarsko škodo. Eden bistvenih elementov za razvoj odvisnosti od nikotina je zelo hitro potovanje zaužitega nikotina do možganskih receptorjev. V telesu je nikotin prisoten še šest do osem ur po zaužitju, tako da se po vsaki zaužiti cigareti ta nivo nikotina v telesu dvigne; čez dan se torej razvije toleranca do nikotina, kar pomeni, da je učinek vsake cigarete manjši, nočna abstinenca pa je dovolj, da se naslednji dan začne z večjo občutljivostjo na nikotinski učinek (11).

V začetku nam nikotin dá občutek večje budnosti, sprostitve (posebno v stresnih situacijah), izboljšuje zbranost ter vpliva na boljše razpoloženje. Razen biološke lastnosti, da hitro zasvoji, so pri celotni sliki odvisnosti pomembni tudi drugi dejavniki s katerimi nikotin »nagrajuje« človeka: gre za zaposlitev rok, ust, spremenjeno samopodobo in obete za nadzorovanje telesne teže (11). Poleg tega draži očesne veznice, vpliva na avtonomni živčni sistem, škodljivo vpliva na srce in obtočila. Razgradi se v jetrih, deloma se nespremenjen izloči skozi ledvice, draži sluznico želodca in črevesja, hromi funkcijo spolnih žlez (17). Nikotin se uporablja tudi kot poljedeljski insekticid ter v veterinarski medicini kot zunanji paraziticid (4).

Katran

Nekatere škodljive snovi v tobačnem dimu vsebuje tudi kondenzat dima ali tobakov katran. Če pokadimo deset cigaret na dan, se ga v desetih letih na sluznico grla, sapnika in bronhijev prilepi približno kilogram. Del se ga izloči s kašljanjem, ki je za kadilce zelo značilno. Sluzast izloček pri takšnem kašljanju imenujemo kadilski katar. Drugi del katrana pa ostane predvsem v pljučih, kar močno povečuje možnost za nastanek pljučnega raka.

Ogljikov monoksid

Pri kajenju kadilci vdihujejo tudi ogljikov monoksid, plin brez vonja in barve, ki nastaja pri izgorevanju tobaka in cigaretnega papirja. V vdihanem cigaretnem dimu ga je od tri do pet odstotkov. Njegova koncentracija se spreminja s temperaturo, pri kateri cigareta gori in s poroznostjo cigaretnega papirja. Njegova količina narašča proti koncu kajenja cigarete.

Kadilci ga ne izdihujejo, ker skozi pljuča zelo hitro vstopa v kri in se veže na prenašalce kisika v krvi. Izpodriva kisik v krvi, saj je sposobnost ogljikovega dioksida za spajanje s hemoglobinom več kot tristokrat večja kot pri kisiku. Zato pride pri hudem kajenju do pomanjkanja kisika v tkivih in organih. Ta plin je verjetno tudi udeležen pri okvarah nerojenih otrok kadilcev (4).

2.3 Kajenje kot bolezen odvisnosti

Kajenje ni le razvada, pač pa oblika odvisnosti (7). Mnoge države, med njimi tudi Slovenija, so z zakoni omejile kajenje, da bi zmanjšale delež kadilcev med prebivalci. Toda opuščanje kajenja ni nekaj, kar bi lahko predpisali z uredbo, saj mnogi kadilci ne morejo opustiti kajenja brez strokovne pomoči. Podatki nekaterih raziskav kažejo, da je približno 70 % kadilcev poskusilo zmanjšati ali opustiti kajenje, a pri tem niso bili uspešni. Zastavlja se vprašanje, kaj kadilce tako močno veže na tobak (nikotin), da se mu ne morejo odreči brez napora (8).

Odvisnost od tobaka je opredeljena kot:

- pritisk (neprestana želja- pacient ima za seboj enega ali več ne uspelih poskusov, da bi nehal kaditi)
- izguba kontrole (pacient kadi več, kot je nameraval)
- opustitev pomembnih rekreacijskih dejavnosti
- nadaljevanje navkljub zavedanju neprestanih in ponavljajočih se težav (socialnih, finančnih, psiholoških)
- odtegnitveni simptomi
- vse večja poraba časa za kajenje cigaret
- zvišana toleranca (potrebne so večje količine) (10).

Značilnosti odvisnosti od tobaka:

- kot pri vseh odvisnostih, tudi tukaj sodelujejo trije dejavniki: človek, družba in droga
- ponavljajoče se izpostavljanje učinkom nikotina, ki je psihoaktivna snov, vodi do nevroadaptacije, ta pa podpira vedenje, usmerjeno v potrebo po drogi ter vzpostavljenost tolerance
- novi kadilci se hitro navadijo kako se inhalira, izkušeni kadilci pa znajo uravnavati koncentracijo nikotina v krvi z načinom inhalacije (globina, frekvenca)
- želja kadilca po cigareti je vse močnejša, ko se zniža raven nikotina v krvi
- izjemno pomembno je v katerem življenjskem obdobju začnejo ljudje kaditi in kdaj pride do zasvojenosti z nikotinom
- potrjen je obstoj bioloških in vedenjskih mehanizmov, ki so odgovorni za nastanek zasvojenosti (10).

Določitev odvisnosti od tobaka

Odvisnost od tobaka določamo v skladu z mednarodno medicinsko klasifikacijo in zanjo uporabljano šifro F17.2, abstinenčni sindrom pa z oznako F17.3. Odvisnost od tobaka (nikotina) je skupina vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju tobaka in je zanje značilno, da vključujejo:

- močno željo po kajenju, (ki se ji odvisnik ne more upreti)
- težave pri obvladovanju kajenja (pokadi več, kot je nameraval)
- vztrajanje pri kajenju, kljub škodljivim posledicam, (ki jih odvisnik že občuti)
- posvečanje kajenju (in kadilski družbi) kljub drugim obveznostim
- povečano toleranco do nikotina in
- telesne motnje zaradi odtegnitve nikotina ob poskusih opustitve kajenja.

Kljub jasno postavljenim merilom za odvisnost, se pogosto sprašujemo, kako ugotoviti, ali je določena oseba res odvisna od tobaka ali kadi le za zabavo. V pomoč so nam lahko številni vprašalniki, najbolj pogosti je Fagerstromov. Ključno vprašanje pri določanju odvisnosti je, kdaj (med dnevom) oseba pokadi prvo cigareto. Če so to zgodi v prvih nekaj minutah, ko vstane, je močno odvisna od tobaka. Nekateri kadilci so tako odvisni, da se zbudijo celo sredi noči in takoj planejo po cigareti. Kazalec močne odvisnosti so tudi znaki abstinenčne krize, ki se pojavijo v štiriindvajsetih urah po prekinitvi kajenja.

Odvisnost od tobaka je torej duševna motnja, podobna odvisnostim od drugih drog oziroma psihoaktivnih snovi. Zato ne preseneča, da je med uživalci drugih psihoaktivnih snovi delež kadilcev večji kot med drugimi prebivalci. Alkoholizem je med kadilci desetkrat pogostejši kot med nekadilci. Hrepenenje po alkoholu je po moči podobno hrepenenju po nikotinu. Z raziskavami so ugotovili, da obstaja pozitivna korelacija med količino pokajenega tobaka in količino zaužitega alkohola, prav tako med stopnjami odvisnosti od tobaka in alkohola.

Klinične odvisnosti se v celoti ujemajo z nevrobiološkimi teorijami odvisnosti, po katerih velja, da je odvisnost bolezen možganov, in da se v mehanizme nastanka odvisnosti vključujejo vse psihoaktivne snovi, za katere obstajajo receptorji (8).

Razlogi za začetek kajenja

Razlogi za začetek kajenja (oziroma rabe kakšne druge PAS) naj bi bil naslednji:

- pričakovanja, ki jih imajo ljudje do aktualnih farmakoloških učinkov te snovi; v tem smislu je to samo-medikacija neprijetnih duševnih stanj (npr. depresivnost, anksioznost)
- impulzivnost (človek zaide v posebno situacijo ali vedenje brez razmisleka; gre za njegovo težnjo k hitrim vedenjskim spremembam ne glede na škodljive posledice ali ne glede na dolgoročno izgubo prijetnih/nagrajevalnih izkušenj)
- iskanje večje stopnje vznemirjenja (kar je lahko ena izmed osebnostnih lastnosti in/ali značilnost mladostniškega razvojnega obdobja)
- pritisk vrstnikov.

Podobni razlogi vodijo ljudi/mladostnike v poskušanje alkohola, vendar bodo začetni uživalci alkohola večinoma postali socialni pivci in bo le manjši del postal odvisen od njega. Pri začetnih uživalcih tobaka pa bo razmerje ravno nasprotno: večji del bo postal odvisen od nikotina, manjši del pa bo nikotin uporabljal v smislu socialnega kajenja (11).

Dejavniki, ki sodelujejo pri začetkih kajenja

Ključna je prva cigareta. Ta prvi stik lahko ocenimo kot nepomembno vedenjsko epizodo ekspirementiranja mladostnika, lahko pa je prva cigareta končni rezultat procesa, ki se je (neozaveščeno) začel z medsebojnimi vplivi okolja in posameznikovih lastnosti že dolgo nazaj (12).

Dejavniki, ki vplivajo na človekov razvoj, na njegovo osebnost, čustva, vrednote, prepričanja in stališča, so vedno trije: dednost, okolje in samodejavnost. Genetski psihologi so že pred desetletjem in več postavili domnevo, da je dispozicija za kajenje podedovana. Posameznik naj bi skupaj z določenimi osebnostnimi lastnostmi podedoval tudi dispozicijo za kajenje. Čeprav je bilo v svetu opravljenih že mnogo študij, si raziskovalci še danes niso na jasnem, kolikšen delež tveganja za kajenje je podedovan, koliko pa so dejansko vedenjski vzorci in drugi vzgojni vplivi družine tisti, ki lahko prispevajo h kajenju. Oblikovanje okolja, ki bo iskalo in ponujalo raznolike možnosti za zdrav osebnosti razvoj, v katerem bo cigareta nepotrebna, je osnovna naloga družbe. Odločitev za prvo cigareto običajno sega v obdobje mladostništva, pri ljudeh, ki živijo v manj spodbudnem ali manj prilagojenem okolju, pa

mnogokrat že prej. Med odraslimi je razmeroma malo tistih, ki bi postali aktivni kadilci šele kot odrasli (13).

H končnemu rezultatu tj. začetku kajenja prispevajo:

1. agensove lastnosti:

- cenovna dostopnost agensa (nikotina)
- hitrost, s katero doseže možgane in
- učinkovitost anksiolitičnosti oziroma manipulacije z razpoloženjem povečujejo tveganje za uživanje agensa

2. lastnosti okolja:

- bodisi lahko povečajo tveganje bodisi zaščito pred uživanjem agensa

3. lastnosti posameznika:

- gre za morebitno genetsko obremenjenost (ne deduje se sama odvisnost kot taka, ampak vulnerabilnost za razvoj odvisnosti od kajenja) in lastnosti osebnosti ter temperamenta (11).

2.4 Škodljivi vplivi kajenja na zdravje

Ugotovljeno je, da kajenje škoduje skoraj vsem telesnim organom in je povezano s številnimi boleznimi, vključno s srčno-žilnimi, rakom, boleznimi dihal in možgansko kapjo. Vsak drugi kadilec umre zaradi bolezni, ki je povezana s kajenjem (15). Je najpomembnejši prepričljivi vzrok zbolevanja in prezgodnje smrti v razvitem svetu. Ocenjujejo, da bo leta 2030 po vsem svetu zaradi kajenja umrlo približno deset milijonov ljudi, polovica od njih v starosti od petintrideset do devetinšestdeset let (7). Kajenje zaradi snovi, ki so v dimu, povzroča porumenelost prstov in zob. Povzroča tudi prezgodnje gube, ker nikotin oži drobcene žilice, ki prehranjujejo kožo (15).

Že leta 1964 so znanstveniki ugotovili, da kajenje tobaka povzroča kronični bronhitis, pljučnega raka in raka na žrelu. Z nadaljnjimi raziskavami so na seznam dodali vrsto novih bolezni, ki jih povzroča kajenje (14).

Kronična obstruktivna pljučna bolezen

Kajenje je skoraj edini razlog za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Kadilci imajo jutranji kašelj za nekaj običajnega in pogosto trdijo, da se brez cigarete ne morejo odkašljati. Vendar je prav kronični kašelj pogosto prvi znak bolezni, ki ostane spregledana, in zato nezdravljena. Težko sapo, ki se sprva pojavlja le ob naporih, kadilci pripisujejo slabi telesni pripravljenosti. Edino učinkovito zdravilo, ki ustavi napredovanje bolezni, je opustitev kajenja. Po nobeni doslej znani poti, se že nastale škode, ki jo je povzročilo kajenje, ne da popraviti. Najpogostejše se diagnoza KOPB postavi v tisti fazi bolezni, ko je bolnik že invalid. Z zdravili lahko težave samo nekoliko olajšamo, v napredovalni fazi bolezni pa so bolniki pogosto odvisni od aparata, ki dovaja kisik (16).

Bolezni srca in ožilja

Pri kadilcih so pogostejše bolezni srca in ožilja, ki so na splošno najpogostejši vzrok smrti v sodobnem svetu. Kajenje pospešuje nastajanje arterioskleroze in s tem povezanih bolezni. Pogostejša sta srčni infarkt in možganska kap (16), nenadna srčna smrt pa je do 4-krat pogostejša kot pri nekadilcih (7).

Rakava obolenja

V številnih epidemioloških raziskavah se je izkazalo, da večina dejavnikov (od 79 do 90 %), ki jih povezujemo z nastankom raka, izhaja iz življenjskega in delovnega okolja. Gre za številne kemikalije in skupine kemikalij, ki smo jim izpostavljeni zaradi naših navad in razvad (kajenje, nepravilna prehrana, preveč alkohola), pa tudi nekaterih bioloških (virusi, paraziti) in fizikalnih dejavnikov (razne vrste sevanj).

Z javnozdravstvenega vidika ima kajenje cigaret za zdravje prebivalstva in zbolevanje za rakom prav gotovo najhujše posledice. Leta 1964 je ameriški zdravstveni minister v svojem znanem poročilu zapisal, da je kajenje vzročno povezano z rakom in drugimi boleznimi. Sledile so raziskave, ki so pokazale, da je ogroženost kadilcev cigaret s pljučnim rakom res največja, hkrati pa se je izkazalo, da je kajenje povezano tudi s številnimi drugimi vrstami raka.

15 % vseh smrti lahko v Sloveniji uvrstimo med prezgodnje smrti zaradi kajenja (16).

▪ Pljučni rak

V epidemiologiji je povezava med kajenjem in pljučnim rakom ena od najbolj preučevanih in tudi v laični javnosti najbolj znanih (7). V Sloveniji se oblika pljučnega raka najpogosteje pojavlja pri moških, kjer je na prvem mestu, medtem ko je pri ženskah na četrtem mestu.

Kajenje in nosečnost

Kadilke zanosijo kasneje in rodijo z nižjo porodno težo. Pogostejši so tudi spontani splavi, fetalna smrt, smrt novorojenčka in nenadna smrt dojenčka (7). Kasneje se lahko pri otrocih pojavijo težave z astmo ter raznimi alergijami (16).

Druge telesne bolezni

Tisti, ki kadijo, so bolj nagnjeni k okužbam. Za četrtino vseh povzročenih ran na želodcu je krivo kajenje. Kajenje je povezano tudi s prezgodnjim nastankom sive mrežnice in nekaterimi drugimi boleznimi oči, ki lahko okvarijo vid in povzročijo slepoto. Tudi zlomi kosti se

kadilcem zacelijo počasneje. Pri kadilcih so pogostejša tudi obolenja zob in dlesni ter pojav sladkorne bolezni in kasnejših zapletov le-te (16).

2.5 Odvajanje in opustitev kajenja

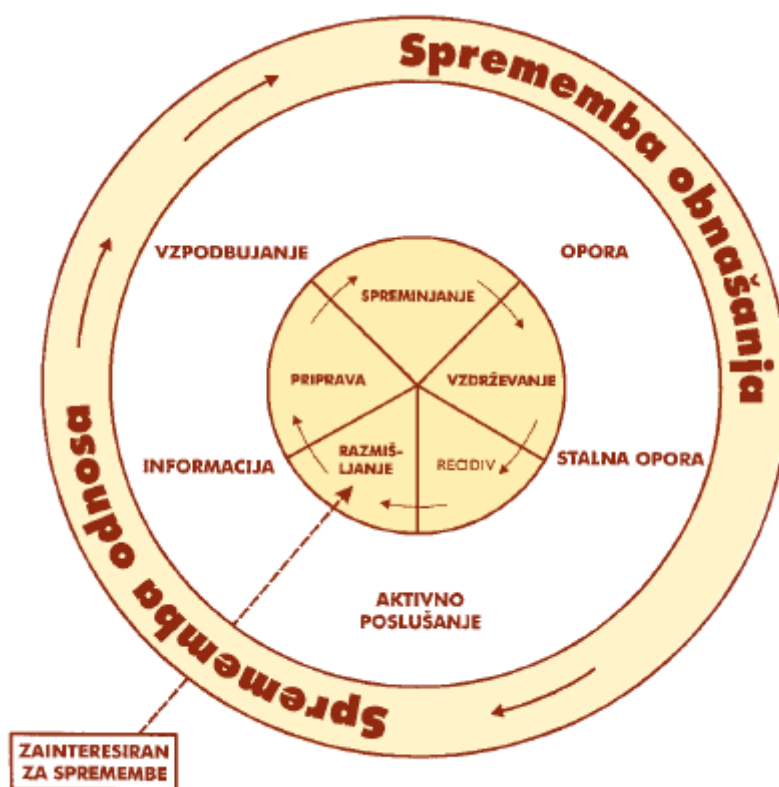
Opustitev kajenja je najprej osebna odločitev vsakega posameznika. Ni zgolj enkraten dogodek, ampak proces prilagajanja na drugačen življenjski slog. Zdravstveni delavec mora prepoznati stopnjo, na kateri se kadilec nahaja, če mu želi dati optimalno spodbudo in pravo podporo pri opuščanju kajenja (12).

Pomembna je volja, pripravljenost opustitve kajenja ter samomotivacija. Najlažje pri tem je, da si oseba, ki je pripravljena opustiti kajenje, poišče strokovno pomoč, saj se po večini ljudem samim ne uspe spoprijeti s tem problemom. Predvsem pa moramo vedeti, da nepopravljivih kadilcev ni (5).

2.5.1 Model spreminjanja

Prochaska in Di Clemente sta razvila model dolgoročnega procesa spreminjanja. Želela sta prikazati proces, s katerim ljudje spreminjajo navade. Objavljene so bile različice modela, ki je bil prvotno oblikovan na podlagi raziskav o kajenju, vendar se je pokazal tudi kot koristen okvir za razlago drugih oblik navad, še posebej za zlorabo alkohola in zdravil. Kadilec na vsaki stopnji razmišlja o svojih težavah in jih različno čuti; ugotavlja tudi, da mu lahko pomagajo različni procesi in intervencije, da gre naprej. Ta model je pogosto prikazan v obliki kroga (slika 1) (10).

Slika 1: Dolgoročni proces spreminjanja



(Vir: Čakš T, Maučec Zakotnik J. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvajanju od kajenja.

Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, 2004)

Model vsebuje pet faz:

1. faza: Stanje pred premišljevanjem (posameznika spremembe ne zanimajo).
2. faza: Stanje premišljevanja (pri osebah se pojavi povečano zavedanje ali skrb tveganja in težav, povezanih z načinom vedenja; oseba je razdvojena).
3. faza: Stanje pripravljenosti (posamezniki kmalu začnejo načrtovati spremembe, začenjajo z majhnimi spremembami).
4. faza: Stanje delovanja (osebe vidno spremenijo navade, pogosto uporabijo strokovno pomoč ali skupine za samopomoč).
5. faza: Stanje vzdrževanja (spremembe v vedenju pri posameznikih se nadaljujejo in utrdijo. Dokler se to ne utrdi so možni relapsi).

Ljudje se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja ter se zadržujejo na vsaki stopnji različno dolgo. Običajno grede tisti, ki se uspešno spreminjajo, skozi vse stopnje do

vzdrževanja, kjer se utrdijo dovolj, da lahko zapustijo krog. Sprememba postane uveljavljen način življenja.

Da bi ljudem pomagali pri odločitvi za spremembe, v spreminjanje življenjskega sloga vključimo še naslednja področja življenja:

- zavedanje samega sebe
- zavedanje o vplivu načina vedenja na nas same
- občutke ob določenem načinu življenja
- samopodobo
- razmišljanje.

Poznamo devet ključnih procesov pri premagovanju kadilčevih težav (10):

- dviganje samozavesti
- socialno osvobajanje
- čustveno prebujanje
- ponovno ovrednotenje samega sebe
- obveza
- nagrade
- kljubovanje
- kontrola okolice
- pozitiven odnos do okolice kot pomoč.

Koristi opustitve kajenja

Stanje telesa se začne izboljševati že v nekaj urah po prenehanju kajenja. To dokazujejo tudi spodnji podatki:

- po dvajsetih minutah se krvni tlak in srčni utrip znižata, telesna temperatura okončin se normalizira
- po osmih urah se normalizira vrednost ogljikovega monoksida v krvi
- po dvajsetih minutah začne upadati ogroženost s srčnim infarktom
- po dveh dneh se začneta izboljševati voh in okus
- po treh dneh se relaksirajo stene bronhijev, kar olajša dihanje in poveča pljučno zmogljivost
- po treh tednih se zmanjša nastajanje sluzi v pljučih, izboljša se krvni obtok

- po dveh mesecih se izboljša prekrvavitev okončin
- po treh mesecih se ublaži kašelj
- po enem letu se skoraj za petdeset odstotkov zmanjša ogroženost s srčnim infarktom
- po petih letih se za petdeset odstotkov zmanjša ogroženost s pljučnim rakom
- po desetih letih je ogroženost s srčnim infarktom ali možgansko kapjo skoraj enaka kot pri nekadilcu, nevarnost raka signifikantno upade.

Težave pri opuščanju kajenja (7, 10)

Opustitev kajenja spremljajo odtegnitveni simptomi, ki nastanejo zaradi primanjkovanja nikotina v telesu. So bolj ali manj izraženi in so pri prenekaterem poskusu opustitve kajenja vzrok za relaps. Lahko imajo psihološke, fiziološke, vedenjske in socialne posledice. Mnogo ljudi, ki preneha s kajenjem, pozna različne vrste in stopnje odtegnitvenih simptomov.

Ti so lahko:

- silna želja po tobaku
- glavoboli
- suh jezik
- zaprtje
- tiščanje v prsih
- izkašljevanje
- napetost
- vznemirjenost
- razdraženost
- nemir
- slaba volja
- depresija
- nespečnost
- slaba koncentracija.

Intenzivnost teh simptomov se včasih zmanjša dokaj hitro, v prvih tednih po prenehanju kajenja, velikokrat pa so trdovratni in trajajo več tednov. Posebno moteče so motnje spanja.

Za zmanjševanje odtegnitvenih simptomov lahko uporabljamo:

- nikotinsko nadomestno terapijo

- bupropion
- avtogeni trening
- antidepressive
- anksiolitike .

Ena od slabosti prenehanja kajenja, ki je dobro znana tako v laični javnosti kot med strokovnjaki, je povečanje telesne teže. To je zlasti problematično pri ženskah, saj je strah pred tem še dodatna motivacija, da zopet začnejo kaditi. Določeni znaki kažejo, da preprečevanje povečanja telesne teže (npr. stroga dieta), lahko izniči poskuse prenehanja kajenja. Posebej je treba poudariti, da je povečanje teže, ki sledi prenehanju kajenja, mnogo manjša nevarnost za zdravje kot nadaljevanje kajenja (10).

V šestih do dvanajstih mesecih po opustitvi kajenja se lahko pričakuje povečanje telesne teže, pri moških v povprečju za 2,8 kg in pri ženski za 3,8 kg, okoli deset odstotkov moških in žensk se zredi tudi za več kot 13 kg. Zato mora zdravstveni delavec vsakomur v procesu opuščanja kajenja priporočiti ustrezno dieto z veliko sadja in zelenjave ter telesno aktivnost (7).

2.6 Metode odvajanja od kajenja

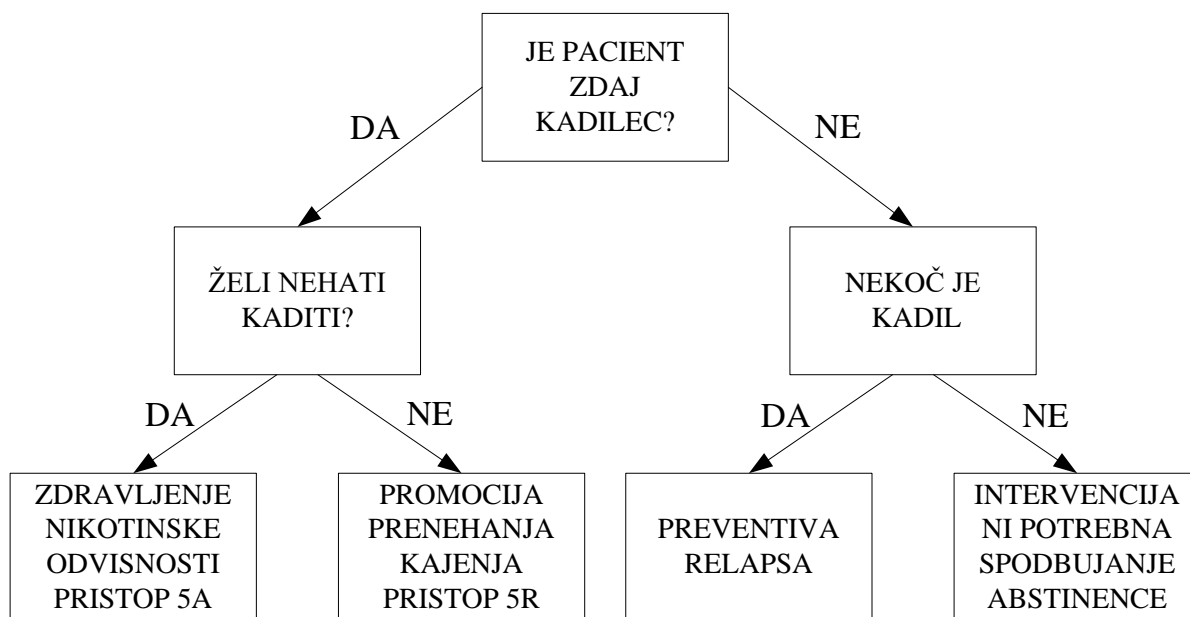
Ko se kadilec odloči, da bo prenehal s kajenjem, je pomembno, da ima na voljo več oblik pomoči, med katerimi lahko izbere tisto, za katero meni, da mu bo pri opuščanju kajenja najbolj v pomoč. Če kadilec kajenja ne more opustiti sam, potrebuje zdravljenje. K večjemu uspehu pripomore tudi lastna odločitev, da zmore opustiti kajenje in strokovna pomoč. Organizirane oblike brezplačne pomoči, ki so na voljo v Sloveniji in se izvajajo pod okriljem mednarodnega integriranega programa za preprečevanje kroničnih bolezni (CINDI Slovenija) so: svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja, pomoč zdravstvenih delavcev v osnovnem zdravstvenem varstvu v obliki individualnega svetovanja ali skupin za odvajanje od kajenja in akcija »Opusti kajenje in zmagaj,« ki promovira opustitev kajenja med polnoletnimi osebami (11).

Pomoč zdravstvenih delavcev

Zdravstveni delavci, ki se borijo proti kajenju in pomagajo kadilcem opustiti razvado, so zdravniki v osnovnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu, zobozdravniki, delavci v zdravstveni negi, lekarniški farmacevti (7). Zdravstveni delavec mora prepoznati stopnjo, na kateri se posameznik nahaja, če mu želi dati optimalno spodbudo in pravo podporo pri opuščanju kajenja (12).

Slika 2 predstavlja kriterije, po katerih zdravstveni delavec določi za kateri model svetovanja se bo odločil. V nadaljevanju so ti modeli tudi predstavljeni:

Slika 2: Pristop zdravstvenega delavca k svetovanju pri odvijanju kajenja



(Vir: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/998-povzetki_SDBT_2006.doc)

»Pristop 5A«: Priporočila za kratke posege pri bolnikih kadilcih (6,18)

- **Prvi A: Ask** = Spraševanje, sistematično zbiranje in beleženje podatkov o morebitnih kadilskih navadah. Ali oseba kadi? Ali želi prenehati?
- **Drugi A: Advice** = Svetovanje. Nasvet glede prenehanja uporabe tobačnih izdelkov naj bo jasn, močan in oseben.
- **Tretji A: Assess** = Ocenitev posameznikove pripravljenosti za prenehanje kajenja.
- **Četrty A: Assist** = Podpiranje posameznika pri prenehanju kajenja in nudenje vse pomoči. Pomagamo mu pripraviti tudi načrt za opuščanje kajenja.
- **Peti A: Arrange** = Načrtovano spremljanje osebe, ki opušča kajenje. Spremljanje je pomembno zaradi vzdrževanja motivacije in zagotavljanja nepretrgane podpore. Ob uspehu mu čestitamo, če se zgodi relaps pa poskušamo ugotoviti vzroke za to. Če se presodi, da potrebuje pomoč, se mu lahko svetuje farmakoterapijo.

Ključni nasveti za uspešno prenehanje kajenja:

- popolna abstinenca
- v času opuščanja kajenja mora omejiti ali se celo povsem vzdržati uživanja alkohola; alkohol spodbuja ponovno kajenje

- drugi kadilci v družini, zlasti partner, zmanjšajo možnost za uspeh. Skupna odločitev za prenehanje kajenja je najboljša rešitev.

Informacije o tem, kako prenehati s kajenjem, je potrebno podpreti z materialom za samopomoč, ki naj bi bil na voljo v vsaki ambulanti (zloženke, knjižice). Posredovati je potrebno tudi informacije o skupinah za odvajanje od kajenja in o dostopni farmakoterapiji (v Sloveniji: nikotinska nadomestna terapija, Bupropion Klorid).

»Pristop 5R«: K pacientu, ki kajenja ni pripravljen opustiti (18)

- **Prvi R: Relevance** = Pomembnost. Pacienta prosimo, naj poišče razloge, zakaj bi bila opustitev kajenja zanj pomembna.
- **Drugi R: Risks** = Tveganja. Pacient našteje tiste posledice rabe tobačnih izdelkov, za katere meni, da so zanj najbolj škodljive. Če opazimo, da jih ne pozna dovolj, mu predstavimo predvsem tiste, ki so zanj pomembne.
- **Tretji R: Rewards** = Koristi. Pacient našteje tiste koristi prenehanja kajenja, za katere meni, da bi bile zanj najpomembnejše. Če opazimo, da jih ne pozna dovolj, mu predstavimo tiste, ki so zanj najpomembnejše.
- **Četrty R: Roadblocks** = Ovire. Pacient našteje svoje ovire ali zadržke do opustitve kajenja. Najpogostejše ovire so: strah pred odtegnitvenimi simptomi, pred neuspehom, povečanjem telesne teže, pomanjkanjem podpore, depresijo in strah pred izgubo užitka pri kajenju. Predstavimo mu možne oblike zdravljenja, ki bi ovire odpravile.
- **Peti R: Repetition** = Ponovitev. Motivacijska intervencija je obvezen del vsakega ponovnega pacientovega obiska. Paciente, ki so v preteklosti že poskusili opustiti kajenje, a jim ni uspelo, seznanimo z dejstvom, da večina kadilcev večkrat poskusi s prenehanjem kajenja, preden jim to dokončno uspe.

Pristop k pacientu, ki je pred kratkim opustil kajenje

Preventiva relapsa naj bo del vsakega srečanja s pacientom, ki je pred kratkim opustil kajenje.

Ob uspehu mu je treba čestitati in ga spodbujati, da vztraja v abstinenci. Pomembni so aktivni

Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja 21

pogovori o koristih, ki so nastale z opustitvijo, o uspešnosti opustitve, težavah, morebitnih prihodnjih nevarnostih in grožnjah za vzdrževanje abstinence (12).

2.6.1 Svetovalni telefon »Pomoč pri opuščanju kajenja«

Svetovalni telefoni za pomoč pri opuščanju kajenja obstajajo v Evropi, Severni Ameriki in Avstraliji že vrsto let. V Evropi so se države z vzpostavljeno tovrstno obliko pomoči povezale v mrežo »European Network of Quitlines«, ki je začela delovati leta 2001, da bi čim bolje povezala države članice Evropske Unije pri obvladovanju kajenja in izvajanju pristopov k opuščanju kajenja. Svetovalni telefon je v Sloveniji začel delovati 3. 4. 2006. Od novembra 2007 deluje ob delovnikih od sedemnajstih do dvajsetih, razen ob praznikih. Objava številke svetovalnega telefona, 080 27 77, na vseh tobačnih izdelkih je po »Zakonu o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov«, ki je začel veljati 5. 8. 2007, obvezna. Ministrstvo za zdravje je izdalo Pravilnik o delovanju svetovalnega telefona za opuščanje kajenja (UL št. 80/2007) in sklep, s katerim je CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana postal upravljavec svetovalnega telefona. Vse bolj pomemben vir številke svetovalnega telefona, ki ga navajajo kadilci, pa so embalaže tobačnih izdelkov.

2.6.2 Delavnice za pomoč pri opuščanju kajenja in individualno svetovanje

Sodelovanje v skupini za pomoč pri opuščanju kajenja, ki jo vodi zdravstveni delavec, lahko precej izboljša uspeh opuščanja kajenja. Rezultati so boljši kot pri samopomoči ali pri priložnostnem svetovanju zdravstvenega delavca. V šestdesetih zdravstvenih domovih, zdravstveno vzgojnih centrih (ZVC), potekajo brezplačne skupinske delavnice »Da, opuščam kajenje« in individualno svetovanje.

2.6.3 Akcija »Opusti kajenje in zmagaj«

To je akcija opuščanja kajenja za odrasle, starejše od osemnajst let. Ljudje z vsega sveta se za štiri tedne, to je od drugega do devetindvajsetega maja, skušajo vzdržati kajenja. Med udeležence, ki jim uspe vzdržati, se razdelijo nagrade, v kolikor s testom izdihanega zraka ne zabeležijo povečane vsebnosti ogljikovega monoksida. Akcija poteka vsaki dve leti in je pozitiven ter učinkovit način, s katerim je mogoče zmanjšati kajenje med prebivalstvom.

Akcijo so zasnovali in prvič izvedli na Finskem leta 1994. Pri nas jo poznamo že dobrih dvanajst let in je zelo uspešna (2).

2.6.4 Farmakoterapija (10)

Zdravila, ki so v pomoč pri opuščanju kajenja, niso primerna za kadilce, ki pokadijo manj kot deset cigaret dnevno, za nosečnice in mladoletnike, vsem drugim pa jih je mogoče predpisati, seveda po tehtnem premisleku, upoštevaje:

- zdravnikove izkušnje z zdravilom
- kontraindikacije zdravila za posameznika
- pacientove želje
- morebitne pacientove poprejšnje pozitivne ali negativne izkušnje z zdravilom
- pacientove lastnosti (depresija, skrb za povečanje telesne teže).

Poznamo:

- nikotinsko nadomestno zdravljenje
- Bupropion hidroklorid
- Vareniklin (Champix)
- nikotinsko cepivo
- potencialna nenikotinska terapija za zdravljenje odvisnosti od nikotina
- nekatere druge metode pomoči (akupunktura, Klonidin, odvajanje od kajenja z vzbujanjem odpora, hipnoze).

2.7 Razširjenost kajenja v svetu in pri nas

V večini evropskih mest kajenje »umori« več ljudi kot prometne nesreče, alkohol, požari, samomori, droge in AIDS. Kajenje je med tistimi dejavniki tveganja, ki jih je mogoče povsem odpraviti. Bolezni, povezane s kajenjem, povzročajo dolgotrajne in stalne zdravstvene težave, kar je povezano z visokimi stroški zdravstvene oskrbe, hkrati pa tudi s pogostejšimi izostanki z dela in zgodnejšo invalidnostjo.

2.7.1 Razširjenost v svetu

Delež kadičev med prebivalstvom in njihova sestava se po svetu zelo razlikujeta. Za Evropo velja, da se celoten delež moških kadičev zmanjšuje v severnih in zahodnih državah, večja pa se delež nekaterih skupin, posebej mladih žensk. Na Finskem kadi v povprečju 23,8 % odraslih prebivalcev (28,8 % moških, 19,7 % žensk), v sosednjih baltskih državah Latviji in Litvi pa kar 32,6 % odraslih (51,3 % moških in 18,2 % žensk), oz. 32,0 % odraslih (51,5 % moških in 15,8 % žensk) (19).

Med t. i. zahodnimi državami je najslabše v Nemčiji, kjer je kadičev 36 % (40 % moških in 21 % žensk), najboljše pa na Švedskem, kjer kadi le 19 % odraslih (17 % moških in 21 % žensk) in na Češkem z 20 % odraslih kadičev (27 % moških in 13 % žensk). Tobak je najbolj nevarna splošno uporabljena droga v Evropi. Polovica rednih kadičev bo umrla zaradi cigaret, in kar polovica teh smrti bo v srednjih letih (7).

Na splošno velja, da kadi vse manj prebivalcev v razvitih državah in vse več prebivalcev nerazvitega sveta. V ZDA jim je od leta 1970 do 2001 uspelo zmanjšati prevalenco moških kadičev s 54 % na 27 % (28 % moških in 26 % žensk). V Avstraliji so med letoma 1970 in 2001 dosegli izjemen upad deleža vseh kadičev z 72 % na 23,1 % (med moškimi 24 %, med ženskami 21 %) (7).

Raziskave kažejo, da se je v Evropi odstotek kadičev v celoti povečal v nekaterih državah centralne in vzhodne Evrope ter v državah, ki so nastale iz nekdanje Sovjetske zveze, medtem ko na zahodu in v Skandinaviji ta delež vztrajno pada (19).

2.7.2 Razširjenost v Sloveniji

Leta 2001 je bila v okviru CINDI Slovenija narejena obširna raziskava »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«, katera je vključevala tudi kadilske navade Slovencev. Ugotovljeno je bilo, da je v času anketiranja kadilo 23,7 % anketirancev, kar je kar nekaj odstotkov več kot so ugotovili kasneje z drugimi raziskavami. Povezovanje s spolom kaže, da je odstotek kadilcev v Sloveniji višji med moškimi ter, da je delež kadilcev precej višji v nižjih družbenih slojih (19).

V aprilu 2008 je bila s strani IVZ-ja narejena raziskava o obsegu pasivnega kajenja med odraslimi (polnoletnimi) prebivalci RS. Prvič je bila ta raziskava narejena v aprilu leta 2006. Med polnoletnimi prebivalci Slovenije so v raziskavi zabeležili 17,1 % delež kadilcev. To je 5,7-odstotnih točk manj kot leta 2006, ko so v raziskavi zabeležili 22,8 % delež kadilcev med polnoletno populacijo. 81,1 % vseh kadilcev kadi redno, 18,9 % pa občasno, kar se ne razlikuje glede na leto 2006. V povprečju pokadijo trenutni redni kadilci 17,5 cigaret dnevno. V raziskavi leta 2008 so zabeležili statistično značilne razlike v porazdelitvi kadilcev po spolu, starosti in družbenem sloju. O opustitvi kajenja razmišlja 58,8 % kadilcev. Od teh jih namerava kajenje opustiti v naslednjem mesecu ali dveh 8,6 %, v roku enega leta 28,4 %, kasneje pa 52,2 % (11, 19).

Trend zmanjševanja deleža kadilcev se nadaljuje, saj so v raziskavi iz leta 2008 zabeležili 17,1 % delež kadilcev med anketiranci, medtem ko je leta 2001 kadilo še 23,7 % polnoletnih prebivalcev RS (11,19).

Tudi delež kadilcev med mladimi se postopno zmanjšuje. Delež mladih, ki so kadarkoli kadili, se je znižal iz 66,4 na 61,6 %, delež rednih kadilcev iz 28,5 na 24,9 % (bolj med fanti kot dekleti). Znižal se je tudi delež mladih, ki so začeli kaditi že pred desetim letom. Nižji je bil tudi delež med mladimi nekadilci, ki so odgovorili, da obstaja možnost, da bodo pričeli kaditi v naslednjem letu (28).

2.7.3 Delež kadilcev med zdravstvenimi delavci

Podatki za Evropo kažejo, da kadi približno 25 % zdravstvenih delavcev, kar je komaj nekaj manj kot je pogostnost kajenja v splošni populaciji (v letu 2001 je v Evropi kadilo približno 30 % ljudi) (20).

Pilotska raziskava IVZ-ja o kadilskih navadah, stališčih o vlogi zdravstvenega delavca pri omejevanju kajenja, stališčih do različnih ukrepov za nadzor nad tobakom in pomoči pri odvijanju od kajenja med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev v Sloveniji leta 2005, je pokazala, da je med izvajalci zdravstvene nege delež kadilcev visok, in sicer kadi tretjina vseh anketiranih (32,5 %). Med tistimi s srednjo izobrazbo jih kadi kar 38 %, v skupini višjih oziroma diplomiranih sester pa kadi 25,2 % anketiranih. Ta delež kadilcev je precej nad deležem kadilcev v odrasli populaciji, ki znaša nekaj manj kot petino odraslega prebivalstva (35). Med izvajalci zdravstvene nege je tudi največ bivših kadilcev, približno četrtina anketiranih. Kot najpomembnejši razlog za prenehanje kajenja so vsi navedli možne vplive kajenja na zdravje. V skupini, v kateri je raziskava prikazala največji delež kadilcev, torej med izvajalci zdravstvene nege, si želi prenehati kaditi nekaj manj kot 60 % vseh anketiranih (21).

Tudi pilotska raziskava CINDI 2001 je prišla do podobnih rezultatov. Pokazala, je da je med izvajalci zdravstvene nege delež kadilcev visok, in sicer kadi skoraj tretjina vseh anketiranih. Med tistimi s srednjo izobrazbo kadi kar 38 % anketiranih. Ta delež kadilcev je precej nad deležem kadilcev v odrasli populaciji Slovenije, ki znaša nekaj manj kot četrtino odraslega prebivalstva (21).

3 PROMOCIJA ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENA VZGOJA

Za opuščanje kajenja in zmanjšanje problematike v zvezi s kajenjem je pomembna ozaveščenost o tej problematiki tako kadilcev kot tudi širše populacije. Raziskave kažejo, da se precejšnji delež prebivalcev Slovenije še vedno premalo zaveda škodljivosti kajenja. Seznani so le z delom problematike in le z nekaterimi škodljivimi vplivi. Prav tako niso dovolj seznani z vsemi boleznimi, ki so povezane s kajenjem. Tako je npr. analiza podatkov raziskave o ozaveščenosti in stališčih prebivalcev v Sloveniji do dejavnikov tveganja nastanka bolezni srca in ožilja, v katero so bili vključeni prebivalci v starosti od osemnajst do štirinšestdeset let, pokazala, da je le dobrih 80 % anketiranih prebivalcev menilo, da kajenje lahko poveča tveganje za nastanek bolezni srca in ožilja. To kaže na nujno potrebo po široko zastavljenem preventivnem delovanju za zmanjševanje problematike v zvezi s kajenjem, tako v smislu zdravstvene vzgoje za ciljno populacijo kot tudi ozaveščanje celotne populacije o tej problematiki. S tem bi vplivali na zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek sodobnih kroničnih nenalezljivih bolezni (22).

Nujno potrebno bi bilo doseči, da bi zdrav način življenja v kar največji meri postal del vsakdanjosti. Izobraževanje za zdravje in zdravstvena vzgoja ciljne populacije bi, kot pomemben del preventivnega delovanja za zmanjševanje dejavnikov tveganja nastanka sodobnih bolezni, morala biti navzoča v vseh okoljih, v katerih ljudje živijo in delajo. Nujni sta širitev ter vključitev izobraževanja in vzgoje za zdravje na vseh ravneh, kot sestavni del splošne izobrazbe in vzgoje. Uspešno delovanje na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje pa poleg drugih pogojev brez dvoma zagotavlja tudi visoka raven strokovnega dela na tem področju, kar bo možno doseči le s pomočjo dovolj in ustrezno izobraženih strokovnjakov (22).

3.1 Promocija zdravja

Promocija zdravja je celovit pristop k doseganju zdravja in pomeni ljudi poučiti ter jim omogočiti, da se bodo zavestno, vsak dan, odločali v prid zdravju. Promocija zdravja pomeni poenoten načrt za vse tiste, ki želijo spremeniti način in pogoje življenja zaradi krepitev zdravja. Vsebuje celovito medsebojno vplivanje, sodelovanje posameznikov in okolja, usmeritev, ki združuje osebno izbiro in družbeno odgovornost za izgradnjo bolj zdrave

prihodnosti. Promocija zdravja obsega vse prebivalstvo in ga usmerja k dejavnemu, zdravemu življenju.

Izraz promocija zdravja je bil do poznih sedemdesetih let dvajsetega stoletja neznan, v manj kot desetletju pa je postal tako pomemben, da danes predstavlja eno najpomembnejših političnih vprašanj v mnogih držav, predvsem v zahodnem, industrializiranem svetu. Strokovnjaki so namreč prišli do spoznanj, da sta življenjski slog in zdravje tesno povezana, ter da je za doseganje najvišje mogoče stopnje zdravja treba vplivati na nezdrav način življenja.

Dejavnosti promocije zdravja

Promocija zdravja vključuje vse dejavnosti, ki so usmerjene k preprečevanju bolezni ali pospeševanju zdravja. Širok obseg dejavnosti promocije zdravja zahteva sodelovanje različnih strok in poklicev, kar pomeni, da mora promocija zdravja temeljiti na timskem in interdisciplinarnem pristopu. Nobena stroka namreč nima vsega potrebnega znanja in opreme za uspešno in učinkovito izvajanje vseh dejavnosti promocije zdravja. V Ottawski listini je zapisano, da promocija zdravja ni le naloga posameznika ali zdravstvenega področja, temveč vseh, ki skrbijo za zdrav življenjski prostor.

3.2 Projekti promocije zdravja

V nadaljevanju so predstavljeni nekateri projekti promocije zdravja, ki vključujejo aktivnosti za zdrav življenjski slog brez kajenja in aktivnosti za zmanjševanje le-tega.

CINDI

Ime CINDI je sestavljeno iz začetnic opisa programa (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme oz. Mednarodni integrirani program za preprečevanje kroničnih bolezni). CINDI je projekt promocije zdravja in preprečevanja srčno-žilnih ter drugih kroničnih bolezni. Je mednarodni program, ki od leta 1994 deluje v sklopu SZO. V program so vključene evropske države, Kanada in ZDA (23).

Začetki programa CINDI v Sloveniji segajo v leti 1989 in 1990, ko je bil oblikovan nacionalni program aktivnosti, leta 1994 pa se je Slovenija vključila v mednarodno mrežo CINDI (24).

Projekti CINDI Slovenija vključujejo tudi aktivnosti za zmanjševanje kajenja.

Ti so:

- vpliv na kadilsko politiko in oglaševanje
- zagotavljanje nekadilskega okolja
- programi nekajenja in dobre samopodobe v vrtcih in šolah
- vključevanje svetovanja o opuščanju kajenja na vseh ravneh zdravstvene službe (kot najučinkovitejšega preventivnega ukrepa), individualno svetovanje in skupinsko odvajanje od kajenja (šola opuščanja kajenja v zdravstvenih domovih in lokalnih skupnostih po Sloveniji) (25).

Promocija zdravja pri delu v Evropi in v Sloveniji

Promocija zdravja pri delu (PZD) je moderna poslovna strategija, ki stremi k izboljševanju zdravja in dobrega počutja delovne sile. PZD je sodobna korporativna strategija, ki cilja k zmanjševanju slabega zdravja (vključno z delom povezanimi boleznimi, nezgodami, poškodbami, poklicnimi boleznimi in stresom) in k večanju potencialov, ki promovirajo zdravje in blaginjo delovne sile (27).

Primer promocije zdravja pri delu je projekt Premikamo Evropo, ki poteka v več kot dvajsetih evropskih državah in je usmerjen v promocijo dejavnosti za spodbujanje zdravega življenjskega sloga v podjetjih/organizacijah/ ustanovah in v iskanje primerov dobre prakse na izbranih področjih. To so štiri področja življenjskega sloga: zdrava prehrana, nekajenje, telesna dejavnost, duševno zdravje in stres (27). Cilj projekta je povečanje pomena promocije zdravja pri delu po vsej Evropi.

Ta projekt poteka tudi v Sloveniji. Slovenska kampanja se je začela aprila 2007, končala pa sredi leta 2009 (26).

V Sloveniji obstaja razvit sistem varnosti in zdravja pri delu, ki povezuje v informacijsko mrežo vse, katerih delo, odgovornost in interes, sta varnost in zdravje pri delu. V okviru Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa so v preteklih letih veliko energije

vložili v premostitev primanjkljaja, ki obstaja na področju PZD, razvili so program, ki se imenuje Čili za delo (27).

Čili za delo je program promocije zdravja na delovnem mestu. S pomočjo tega programa se ozavešča delavce in delodajalce o zdravem življenjskem slogu na delovnem mestu in o oblikovanju zdravju naklonjenih delovnih razmer. Zamisel za program Čili za delo se je izoblikovala že pred nekaj leti. Iskanje poti in možnosti za oblikovanje ter začetek realizacije programa pa je zahtevalo svoj čas (26).

Čili za delo je program promocije zdravja v enem od najpomembnejših življenjskih okolij, v delovnem okolju, kjer odrasli preživijo tretjino svojega življenja. Delo, delovno mesto oziroma podjetje/ ustanova /organizacija, so izjemno pomembni za zdravje zaposlenih.

V okviru tega programa poteka projekt Delovno mesto brez tobačnega dima - pravica vsakega zaposlenega. Vsebina tega projekta se ukvarja z škodljivostjo kajenja, problemi, povezanimi s tem, in promocijo zdravja na delovnem mestu. V okviru tega projekta poteka še en projekt, in sicer Projekt Phare. Namen Projekta Phare je vplivati na delodajalce in delavce, da bodo v okviru vseživljenjskega učenja osvajali znanje in veščine za zdrav delovni in življenjski slog ter uvajali v delovno okolje spremembe, ki koristijo zdravju (26).

Projekt Bolnišnice brez tobaka

Je evropski projekt, sofinanciran s strani Evropske unije. Vpeljan je bil leta 1998 (33). Začetki ideje o bolnišnicah brez tobaka izvirajo iz SZO projekta zdravih mest, v sklopu katerega je začela delovati tudi evropska mreža bolnišnic, ki promovirajo zdravje. Del te iniciative je tudi razvoj Bolnišnic brez tobaka. Evropska mreža bolnišnic brez tobaka (ENSH), v kateri danes sodeluje tisoč štiristo bolnišnic v dvajsetih državah, je bila ustanovljena leta 1998. Slovenija se ji je pridružila leta 2005. Za članstvo je dovolj, da se bolnišnica odloči za ta projekt.

Primer take bolnišnice pri nas je Bolnišnica Golnik, ki se je temu projektu pridružila leta 2005. Ob vključitvi so izvedli anketo o kadilskih navadah med zaposlenimi in ugotovili, da je med njihovimi zaposlenimi približno 11 % rednih kadilcev in 6 % tistih, ki kadijo občasno, skupno 17 % kadilcev, torej nekoliko manj kot je povprečje v Sloveniji in manj kot v povprečju kadijo zdravstveni delavci v Evropi. Spodbuden je bil podatek, da le dva kadilca ne načrtujeta opustitve kajenja, ostali anketirani pa. Poleg tega so v Bolnišnici Golnik izvedli še:

Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja 30

- opozorila o prepovedi kajenja, ki so izpostavljena na vidnih mestih
- delavnice »Da, opuščam kajenje« po metodi CINDI za zaposlene
- objavlanje v internem bolnišničnem glasilu Pljučnik na temo pomoči pri opuščanju kajenja.

3.3 Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je eden temeljnih strateških pristopov v promociji zdravja. Je del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in skupnosti. Lahko bi rekli, da je zdravstvena vzgojenost tudi odraz splošne izobrazbe in kulture posameznika ter celotne družbe.

Z zdravstveno vzgojo skušamo vplivati na ljudi, da postanejo dejavni, kajti le dejavno sodelovanje posameznikov je temeljni pogoj, da lahko prevzamejo svoj del odgovornosti za lastno zdravje, kar pa je mogoče le, če so ustrezno motivirani in obveščeni, zato morajo imeti dostop do informacij in možnost nadzirati dejavnike, ki vplivajo na zdravje. Le tako bodo pridobili sposobnosti za možnost pravilne izbire (odločitev o kajenju in nekajenju) (17).

Zdravstvena vzgoja je pomoč ljudem, da predstavljene informacije razumejo, razjasnijo svoja stališča ali oblikujejo nova, spoznajo nove vrednote in jih spoštujejo ter so pozorni na svoj odnos do zdravja. Zdravstvena vzgoja se ne ukvarja samo s posamezniki, njihovim zdravjem ter tveganim vedenjem. Pri krepitevi zdravja so nujne različne oblike zdravstvene vzgoje, usmerjene v skupine, organizacije in celotno skupnost.

Cilji

Cilj zdravstvene vzgoje so dejavni posamezniki oziroma skupnost, ki pozna zdravje, dejavnike tveganja pri posamezniku in v okolju ter zna in si želi prizadevati za svoje zdravje. To pomeni, da so ljudje pravočasno, pravilno in popolnoma obveščeni o škodljivostih, ki ogrožajo njihovo zdravje in okolje. So motivirani do stopnje, ko si prizadevajo ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje ter dejavno sledijo sodobnim preventivnim ukrepom. Imajo razvite telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja, kar pomeni osebno odgovornost za ohranjanje in izboljšanje lastnega zdravja ter zdravja v okolju.

Človek se mora naučiti zdravje ohranjati in si ga po bolezni ali poškodbi ponovno pridobiti ter živeti skladno s svojimi potrebami in možnostmi. Zato je treba v zdravstveno-vzgojnih akcijah doseči sodelovanje pedagogov, sociologov, ekonomistov, politikov in drugih strokovnjakov. Privzgojitev zdravstvene zavesti spada med temeljne kulturne vrednote naroda in je enako pomembna, kot sta na primer pismenost in nacionalna zavest. Torej je to trajna naloga, ki jo bo mogoče uresničiti v procesu odraščanja in razvoja posameznika. Je del vseživljenjskega izobraževanja (17).

Ravni zdravstvene vzgoje

- Zdravstvena vzgoja na primarni ravni se nanaša na ravnanje, ki krepi zdravje in s tem preprečuje zbolevanje. Namenjena je zdravemu prebivalstvu oziroma posameznikom. Doseči želi čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranosti oziroma motivacije za to področje in odgovornost do lastnega zdravja.
- Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni oriše bolezenske znake, bolezni in zdravljenje. Namenjena je ogroženim skupinam in posameznikom. Udeležence želimo usposabljanje za samopregledovanje, samopomoč, pa tudi za pomoč sočloveku z nasvetom ali drugo akcijo.
- Zdravstvena nega na terciarni ravni je povezana s preprečevanjem povrnitve bolezni in z zmanjševanjem morebitnih posledic le-te. To pomeni, da je namenjena pacientom, invalidom in njihovim svojcem (17).

Znanje, ki ga imajo zdravstveni delavci o zdravju in bolezni, pacientom ne pomeni dosti, če ga ti ne znajo pravilno in za uporabnike sprejemljivo posredovati. Treba je vedeti, kako znanje in informacije posredovati, da se bodo pri varovancih preoblikovali v njihovo znanje. Novo znanje je temelj in lahko vpliva na oblikovanje stališč in vrednot, kar pa ima za posledico spremembo vedenja in dejavnosti, v našem primeru v korist zdravja. Če želimo, da informacije preidejo v znanje, jih je treba pravilno predstaviti. Zato potrebujemo določene metode kot orodje upravljanja lastnega in tujega zdravja (23).

Zdravstvena vzgoja za odvajanje od kajenja je uspešna le takrat, ko je sistematično načrtovana na nacionalni ravni ter vključuje kadilce v vseh starostnih obdobjih (22).

3.4 Vloga zdravstvenih delavcev pri promociji zdravega življenjskega sloga brez kajenja

Zdravstveni delavec kot zdravstveni vzgojitelj ima pomembno vlogo v okviru pristopa v zdravstveni negi, torej v procesu zdravstvene nege, ko je pri vsaki življenjski dejavnosti vključeno tudi učenje za pridobivanje zdravih vzorcev obnašanja.

O vključevanju zdravega življenjskega sloga v svoje življenje odloča vsak sam, naloga zdravstvenega vzgojitelja pa je, da s profesionalnim delovanjem posameznika motivira za izbiro zdravega življenjskega sloga. Pomembne dejavnosti, ki jih le-ta izvaja, so povečanje posameznikove zavesti in razumevanje zdravega življenjskega sloga, ustvarjanje položajev, v katerih je posameznik izzvan, da komentira, sprejema, zavrača, izbira, deluje. Pomembno je, da zdravstveni vzgojitelj posameznika tudi spodbuja. Posledica takšnega strokovnega delovanja je, da je posameznik motiviran za učenje, saj je spoznal vključenost in razvil interes za obravnavano temo. Pristop mora biti zaupen in skrben, hkrati pa mora posredovati pozitivno sporočilo.

Zdravstveni delavec, ki je hkrati tudi zdravstveni vzgojitelj mora:

- predstavljati pravilno podobo – pregovor: »Prvi vtis je morda tudi zadnji,« pogosto velja, zato pameten, zaupanja vreden in skrben zdravstveni vzgojitelj zdravega videza, posameznikom posreduje pozitivno sporočilo
- biti vzgled – čeprav nihče ne pričakuje, da bo zdravstveni vzgojitelj popoln, je pomembno, da se zaveda svojega vpliva na druge
- se pripraviti na to, da bo delal in govoril ter imel dovolj znanja in veščin, da se lahko soočil z nepričakovanim (23).

3.4.1 Vloge delavcev v zdravstveni negi pri zmanjševanju kajenja

Najpomembnejša vloga delavcev v zdravstveni negi pri zmanjševanju kajenja je prav gotovo zdravstvena vzgoja. Zdravstveni delavci so najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu in so v stalnih neposrednih stikih s posamezniki.

Ker se večina posameznikov sreča s cigaretami že v srednji ali celo v osnovni šoli, je pomembno, da začnemo z aktivnimi akcijami preprečevanja kajenja že zgodaj v mladosti. Za njihovo usmeritev na pravo pot lahko uporabimo predavanja, plakate, filme. Vendar te akcije ne smejo temeljiti zgolj na dajanju informacij, ampak moramo uporabiti tudi metode in sredstva vplivanja na stališča, reakcije in obnašanja ljudi, torej enake metode, kot jih ima ekonomska propaganda pri reklamiranju cigaret. Pomembno je nenehno opozarjanje na škodljive učinke kajenja, na kadilce in na ljudi v njihovi okolici. Zato naj kadilci ne kadijo v prisotnosti nekadilcev, pa naj bodo to otroci, nosečnice ali pa odrasli nekadilci. Tudi nosečnicam je potrebno razložiti škodljive učinke, ki jih kajenje povzroča otroku pred in po rojstvu.

Delavci v zdravstveni negi morajo sodelovati tudi pri socialni pomoči na področju zasvojenosti, pri socialnem urejanju zasvojenih in njihovih družin ter tudi pri raziskovalnem delu na področju socialne problematike zasvojenosti. Spodbujati morajo kadilce k odvijanju od kajenja. Pri odvijanju naj zdravstveni delavci pomagajo v sodelovanju z zdravniki, z nikotinskimi nadomestki ali pa s pomočjo skupine za odvijanje od kajenja. Pomagajo naj jim spremeniti tudi prehranske navade, ki v času odvijanja pogosto zanihajo v negativno smer. Pri kadilcih je potrebno doseči, da si odgovorijo na vprašanje, zakaj sploh kadijo. Ali je to za njih stimulacija ali le igračkanje, sprostitev ali pa že zasvojenost z nikotinom in avtomatično ravnanje. Osebi, ki kadi je treba pomagati, da najde čim več razlogov za prenehanje kajenja. Takšni vzroki so lahko: zdravstveni razlogi, varčnost, boljše samoobvladanje. Pomembno je, da vključimo tudi kadilčeve svojce, znance in prijatelje, da ga pri njegovi odločitvi za opustitev kajenja podpirajo.

Tudi bivšim kadilcem morajo dajati napotke in jih opozoriti, naj nikoli več ne poskusijo cigarete, naj se izogibajo alkohola in pikantnih jedi, naj pazijo na svojo telesno težo, pomisliti morajo, da zdaj niso več sužnji razvade. Predvsem naj se izogibajo situacij, v katerih so kadili, in naj poskrbijo, da jim cigarete ne bodo dostopne. Vedeti pa morajo tudi, kako se s kadilcem ne sme govoriti. Ne smejo mu ukazovati, saj postane tako še bolj kljubovalen. Izogibati se morajo raznih pikrih opazk: »Zakaj moraš že spet kaditi?« In nikoli mu ne smejo očitati, da nima dovolj močne volje, da bi kajenje opustil.

Pomembno je, da vsakega posameznika obravnavajo kot celoto. Upoštevati moramo, da na posameznika odločilno vplivajo tudi slabi bivalni pogoji, problemi na delovnem mestu,

splošna kultura in kultura vrstnikov, prepričanja, povezana z zdravjem, ter globoko zakoreninjene navade.

Zdravstvo se mora preusmeriti iz kurative v preventivo, saj bo edino tako učinkovitejše in cenejše (34).

Delavci v zdravstveni negi bi morali ob vsakem stiku s kadilci, le-te tudi ozaveščati in jih motivirati za odvajanje od kajenja, jim pri tem pomagati z nasveti ter jih usmerjati v zdravstveno-vzgojne programe (22). Raziskave kažejo, da je že kratek posvet z delavcem v zdravstveni negi o nevarnosti kajenja in pomenu prenehanja, eden najučinkovitejših in cenovno ugodnih ukrepov za zmanjševanje kajenja. Kratek nasvet o prenehanju kajenja s strani zdravstvenega delavca, kar vzame približno tri minute, zmanjša delež kadilcev za 2 % v primerjavi s tistimi, ki tega nasveta ne dobijo. Delavci v zdravstveni negi, nekadilci, so s svojim ravnanjem pomemben vzgled bolnikom in širši javnosti (29).

Mesta njihovega delovanja so torej lahko:

- spremljanje obsega kajenja
- informiranje in izobraževanje
- vzpostavljanje okolij brez tobačnega dima
- pomoč pri prenehanju kajenja in
- zagovorništvo nekajenja v lokalni in širši skupnosti.

3.4.2 Pravila ravnanja

Januarja 2004 so v Ženevi na neformalnem srečanju stanovskih združenj zdravstvenih delavcev »Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom«, sprejeli in podpisali Pravila ravnanja (Code of Practise)- »Nadzor nad tobakom- navodila za zdravstvene delavce in njihove stanovske organizacije.« Dogovorili so se o vlogi stanovskih organizacij zdravstvenih delavcev pri zmanjševanju porabe tobaka in vključevanju nadzora nad tobakom v vsakdanje delo v javnem zdravstvu (29).

Strokovna združenja zdravstvenih delavcev naj bi predvsem:

- opogumljala in podpirala svoje člane v njihovi vlogi vzornikov, ki ne kadijo, in se zavzemajo za kulturo nekajenja

- vrednotila rabo tobaka in odnos svojih članov do nadzora nad njim ter uvajala primerne ukrepe
- svetovala svojim članom, da rutinsko sprašujejo paciente o rabi tobaka in izpostavljenosti tobačnemu dimu, svetovala, kako prenehati s kajenjem in pri tem uporabljala z znanstvenimi dokazi utemeljene pristope ter zagotovila primerno spremljanje uspehov
- prepovedala prodajo ali promocijo tobačnih izdelkov v svojih prostorih in spodbujala svoje člane, da storijo enako, podpirala kampanje za javne prostore brez tobačnega dima (29).

4 MATERIALI IN METODE

Pri izdelavi diplomske naloge smo uporabili opisno (deskriptivno) metodo s študijem in analizo literature za teoretični del ter kvantitativno analizo za raziskovalni del diplomske naloge.

Vzorec in populacija

Preiskovanci so bili naključno izbrani delavci v zdravstveni negi, zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) ter Domu dr. Janka Benedika Radovljica (DJB). Vzorec je zajemal sto delavcev, v vsaki ustanovi po petdeset.

Metode dela

Hipoteze so bili preverjene z empirično raziskavo, v kateri je bila uporabljena metoda anketiranja. Do rezultatov smo prišli s pomočjo anonimne ankete (priloga 1), ki je bila zaprtega tipa. Vsebovala je trideset vprašanj, nekatere smo povzeli iz Fagerstromovega vprašalnika (36), druge smo oblikovali sami. Anketiranje je potekalo meseca februarja 2009.

Anketa je v uvodu vsebovala pisna navodila za njeno izpolnjevanje. Razdeljena je bila razdeljena na tri dele. Prvi del je vseboval splošna vprašanja, drugi del je vseboval vprašanja namenjena kadilcem (dvanajst vprašanj), tretji del pa vprašanja za kadilce in nekadilce (petnajst vprašanj). Anketiranci so za izpolnitev ankete porabili od tri do pet minut.

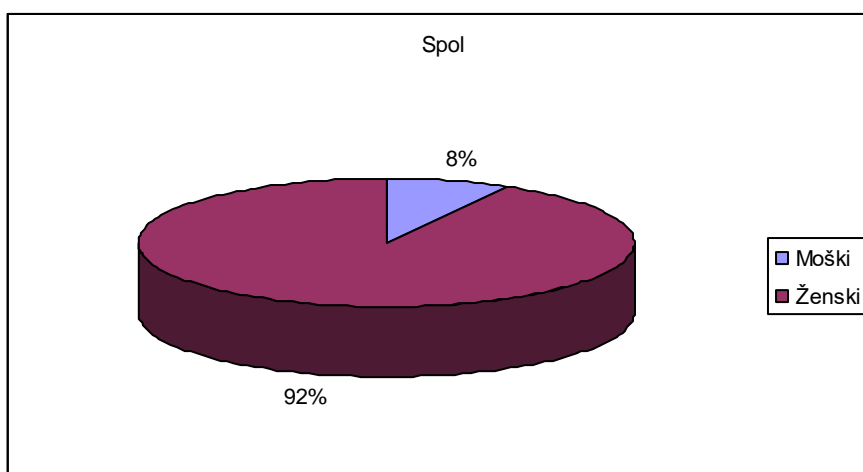
Dobljene rezultate smo obdelali v programu Excel, ki je del programskega paketa Microsoft Office 2003- Windows XP, s katerim smo izdelali tudi grafe in preglednice.

5 REZULTATI

Od skupno stotih naključno razdeljenih anket v obeh ustanovah, jih je bilo izpolnjenih in vrnjenih triinšestdeset (63 %), od tega šestindvajset iz doma upokojencev iz Radovljice, sedemintrideset izpolnjenih anket pa iz Splošne bolnišnice Jesenice. Vseh triinšestdeset vrnjenih anket je bilo pravilno izpolnjenih.

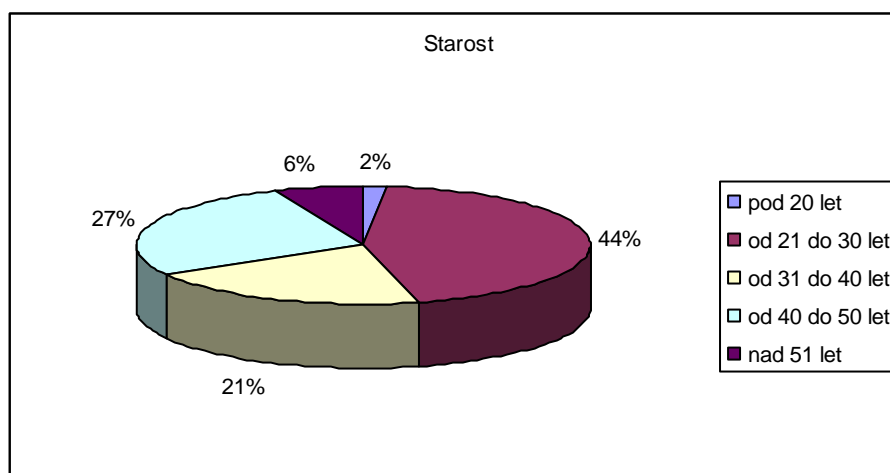
Kjer ni bilo pomembnih razlik med odgovori anketirancev iz obeh ustanov, so rezultati predstavljeni za celotno anketirano populacijo, pri vprašanjih, kjer so razlike pomembne, pa so rezultati podani ločeno za obe ustanovi.

Slika 3: Spol



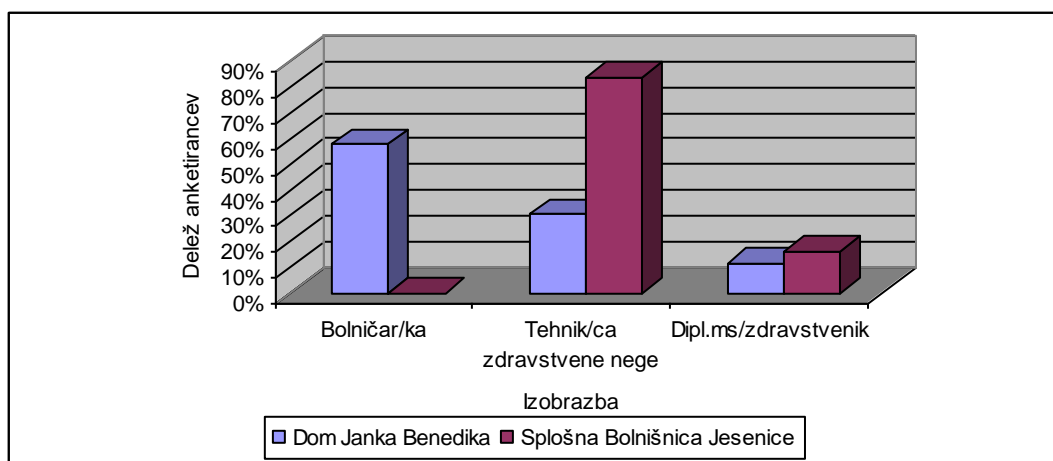
Med anketiranci je bilo pet (8 %) moških ter osemindvajset (92 %) žensk (Slika 3).

Slika 4: Starost



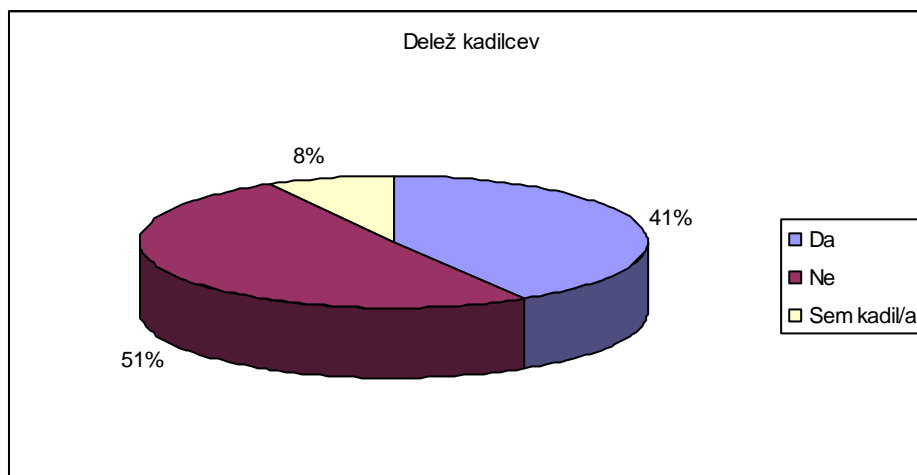
V starostni skupini do dvajset let je bil en (2 %) anketiranec, osemindvajset (44 %) anketirancev je bilo starih od enaindvajset do trideset let, sedemnajst (27 %) anketirancev je bilo starih od enaintrideset do štirideset let, trinajst (21 %) anketirancev je bilo v starostni skupini od štirideset do petdeset let, štirje (6 %) anketiranci pa so bili stari nad petdeset let (Slika 4).

Slika 5: Izobrazba



Med anketiranimi je bilo v DJB petnajst (24 %) bolničarjev/bolničark, v SBJ pa tega kadra ni. V DJB je bilo osem (31 %) tehnikov/tehnice zdravstvene nege, v SBJ pa enaintrideset (84 %), tri (12 %) diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki so bili v DJB, šest (16 %) pa v SBJ (Slika 5).

Slika 6: Delež kadilcev

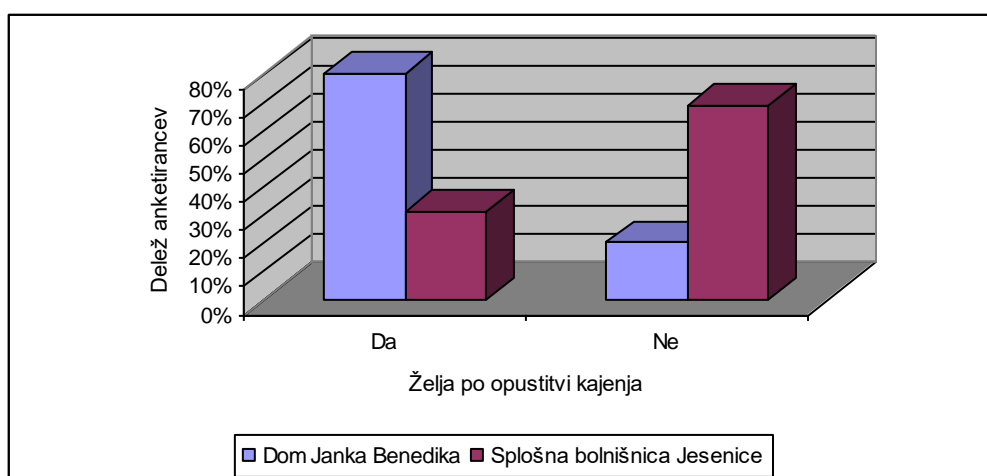


Med anketiranimi jih je na vprašanje, ali kadijo, pritrdilno odgovorilo šestindvajset (41 %), nikalno dvaintrideset (51 %), pet (8 %) pa jih je kadilo včasih, vendar so odnehali (slika 6).

Med kadilci je bilo dvaindvajset (88 %) takšnih, ki so začeli kaditi v srednji šoli, trije (12 %) v osnovni šoli, en (4 %) anketiranec je začel kaditi na fakulteti ali visoki šoli, medtem ko nihče ni pričel s kajenjem ob nastopu dela.

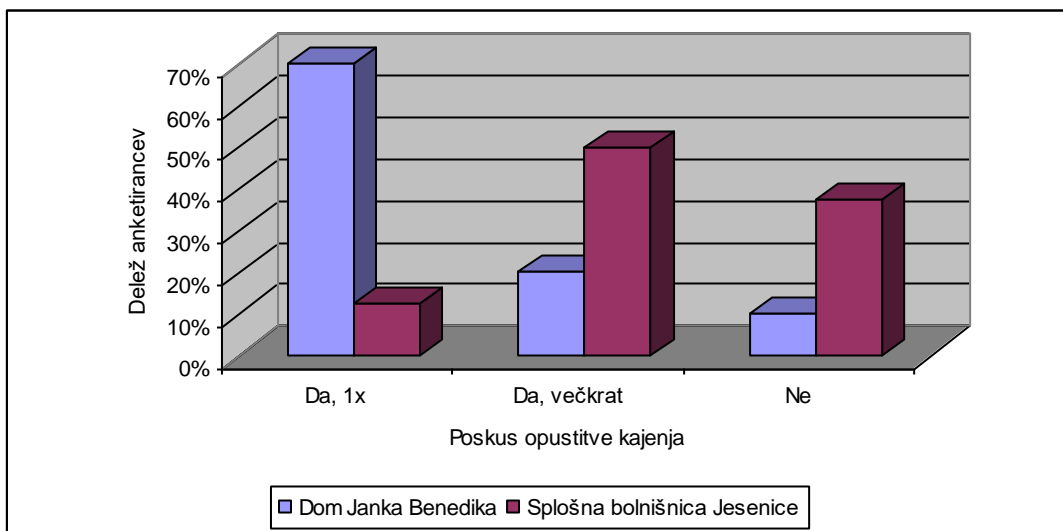
Na vprašanje, kje kadijo, je osemnajst (69 %) anketiranih odgovorilo, da kadijo tako doma kot v službi, štirje (15 %) so odgovorili, da kadijo samo doma, en anketiranec (6 %) pa je obkrožil, da kadi samo na poti domov oz. v službo.

Slika 7: Želja po opustitvi kajenja



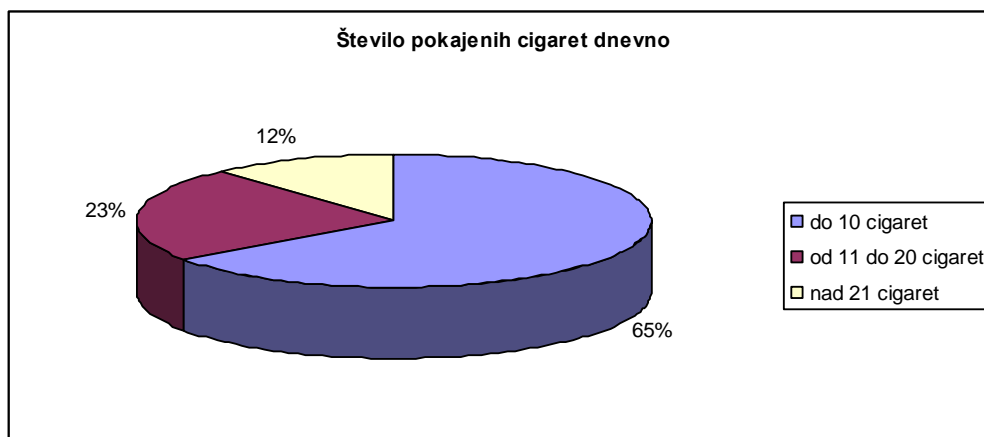
Od šestindvajsetih anketiranih kadilcev jih ima trinajst (50 %) željo opustiti kajenje, prav toliko trinajst (50 %) pa te želje nima. V DBJ ima željo opustiti kajenje osem anketiranih (80 %), dva (20 %) pa ne. V SBJ jih pet (31 %) ima željo opustiti kajenje, medtem ko jih enajst (69 %) te želje nima (Slika 7).

Slika 8: Poskus opustitve kajenja



V DJB je sedem (70 %) anketirancev že enkrat poskušalo opustiti kajenje medtem ko sta to poskušala v SBJ dva (13 %) anketiranca. Dva (20 %) izmed anketiranih v DJB sta poskušala večkrat, v SBJ je bilo takih osem (50 %) anketirancev. En (10 %) anketiranec v DJB še ni poskusil opustiti kajenja, medtem ko v SBJ ni tega poskušalo šest (38 %) anketirancev (Slika 8).

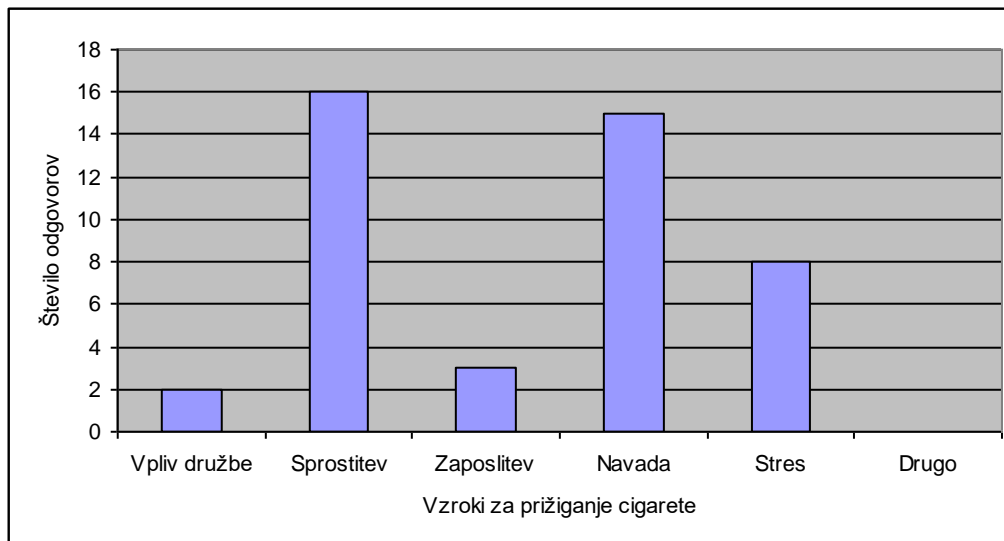
Slika 9: Število pokajenih cigaret dnevno



Sedemnajst (65 %) anketirancev pokadi do deset cigaret dnevno (manj kot pol škatlice), šest

(23 %) jih pokadi od enajst do dvajset cigaret (od pol do ene škatlice), trije (12 %) pokadijo nad enaindvajset cigaret (več kot eno škatlico cigaret dnevno) (Slika 9).

Slika 10: Vzroki za prižiganje cigaret

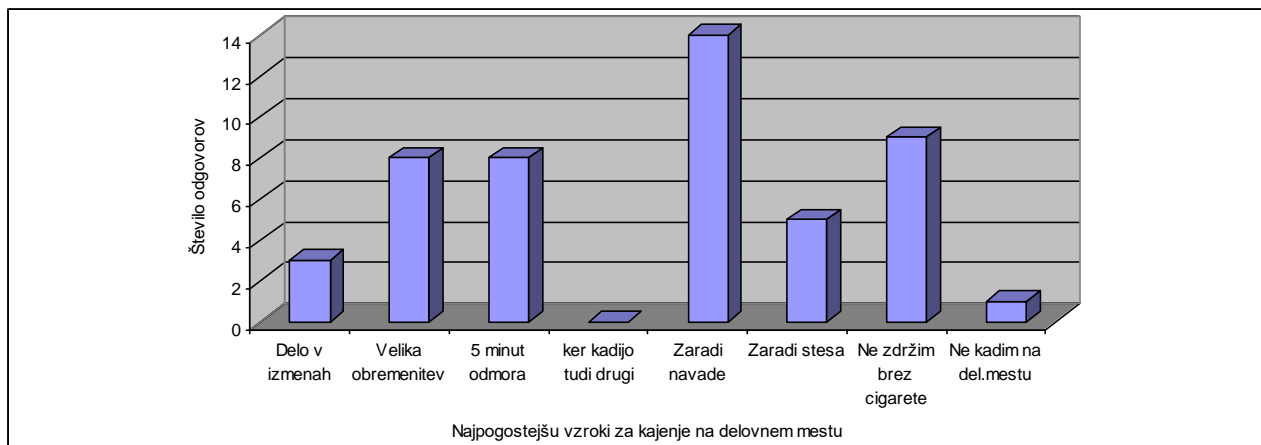


Na vprašanje, zakaj sploh prižgejo cigareto, pri katerem je bilo več možnih odgovorov, je šestnajst anketirancev navedlo, da to počnejo za sprostitev, petnajst jih to počne iz navade, sledili so stres na delovnem mestu (osemkrat), za zaposlitev (trikrat) in vpliv družbe (dvakrat) (slika 10).

Devetnajst (73 %) anketirancev smatra svoje kajenje kot odvisnost, en (4 %) anketiranec kajenja ne smatra kot odvisnost, šest (23 %) pa jih kajenje smatra le kot razvado.

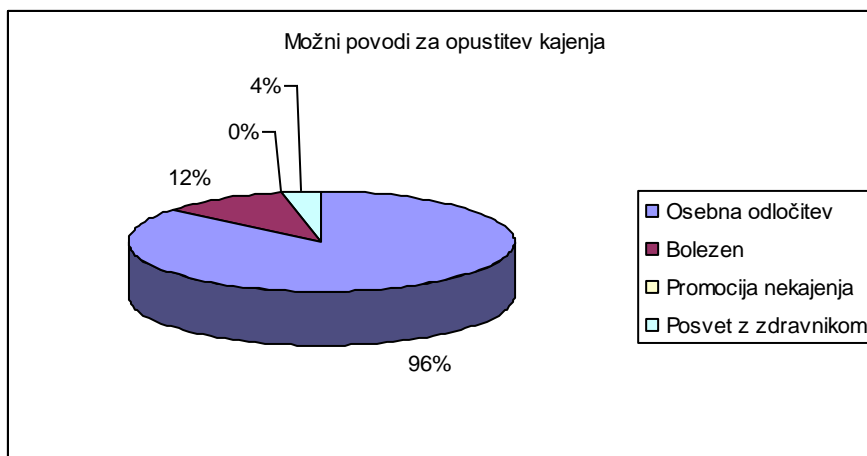
Trinajst (50 %) anketirancev pokadi več cigaret v domačem okolju, deset (38 %) anketirancev odvisno od dneva in količine dela, dva (8 %) več cigaret pokadita v službi, en (4 %) pa enako količino cigaret pokadi tako v službi kot doma.

Na vprašanje, ali narava dela pripomore k temu, da pokadijo več cigaret (stres, obremenitev na delovnem mestu), je dvanajst (46 %) anketirancev odgovorilo »da, zelo«, osem (31 %) anketirancev je odgovorilo z »da, malo«, pet (19 %) jih je odgovorilo, da ni razlike, kje pokadijo več cigaret, doma ali v službi, en (4 %) anketiranec pa ne ve, kje pokadi več cigaret.

Slika 11: Najpogostejši vzroki za kajenje na delovnem mestu

Med najpogostejše vzroke, zakaj kadijo na delovnem mestu (pri vprašanju je bilo več možnih odgovorov), so anketiranci navedli: zaradi navade (štirinajstkrat), zatem sledi mnenje, da ne zdržijo brez cigarete (devetkrat), obremenitev na delovnem mestu ter odgovor, da si tako zagotovijo pet minut odmora (osemkrat). Petkrat so obkrožili zaradi stresa, trikrat pa zaradi dela v izmenah. En anketiranec je odgovoril, da ne kadi na delovnem mestu (Slika 11).

Na vprašanje, ali svoje kajenje povezujejo še s kakšno drugo razvado, je enaindvajset (81 %) anketirancev odgovorilo, da s pitjem kave, en (4 %) anketiranec s pitjem alkohola, štirje (15 %) pa so odgovorili, da ne povezujejo kajenja z nobeno drugo odvisnostjo.

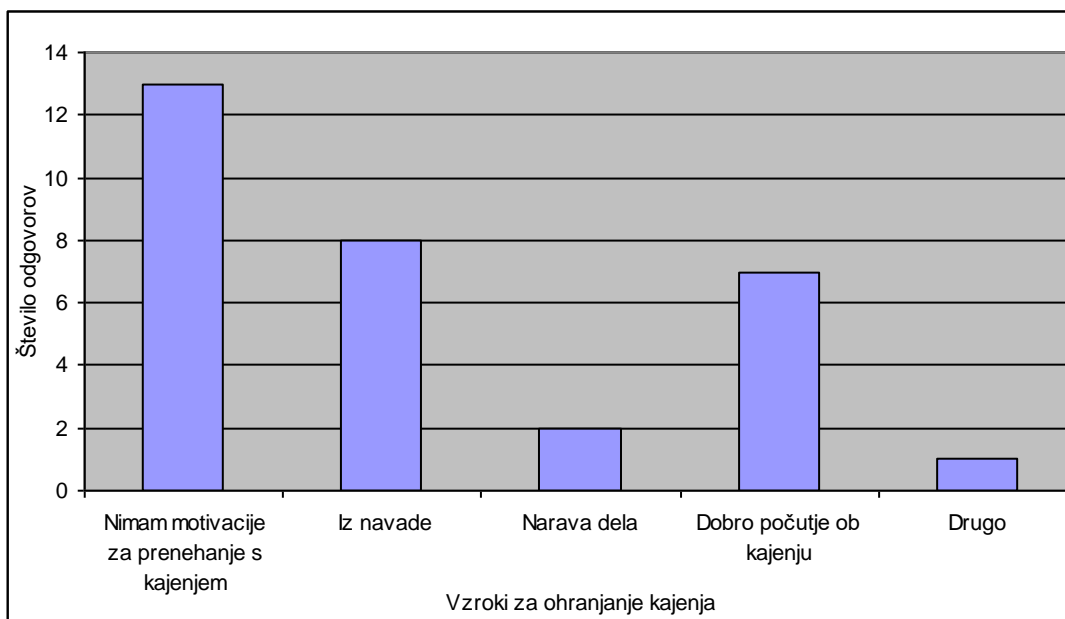
Slika 12: Možni povodi za opustitev kajenja

Na vprašanje, če bi se oz. so se odločili za prenehanje kajenja, kaj bo oz. je bil povod temu, je triindvajset (88 %) anketirancev odgovorilo, da osebna odločitev, dva (8 %) zaradi bolezni,

eden (4 %) pa bi se zato odločil po posvetu z zdravnikom. Nobeden od anketiranih pa se ne bi za ta korak odločil zaradi promocije nekajenja (Slika 12).

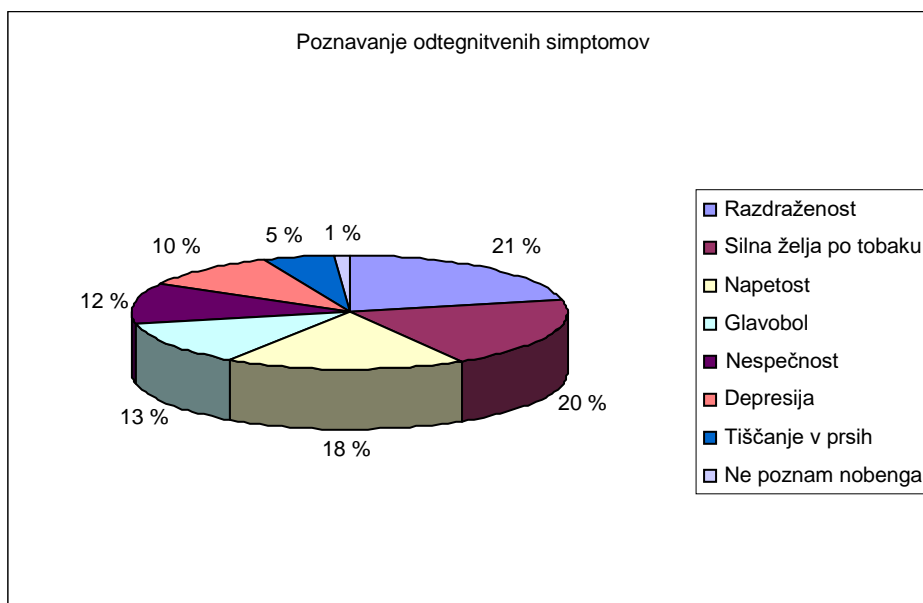
Triindvajset (88 %) anketirancev se zaveda, da s svojim kajenjem škoduje sebi in drugim, ki so ta čas v njihovi okolici, trije (12 %) pa se tega ne zavedajo.

Slika 13: Vzroki za ohranjanje kajenja



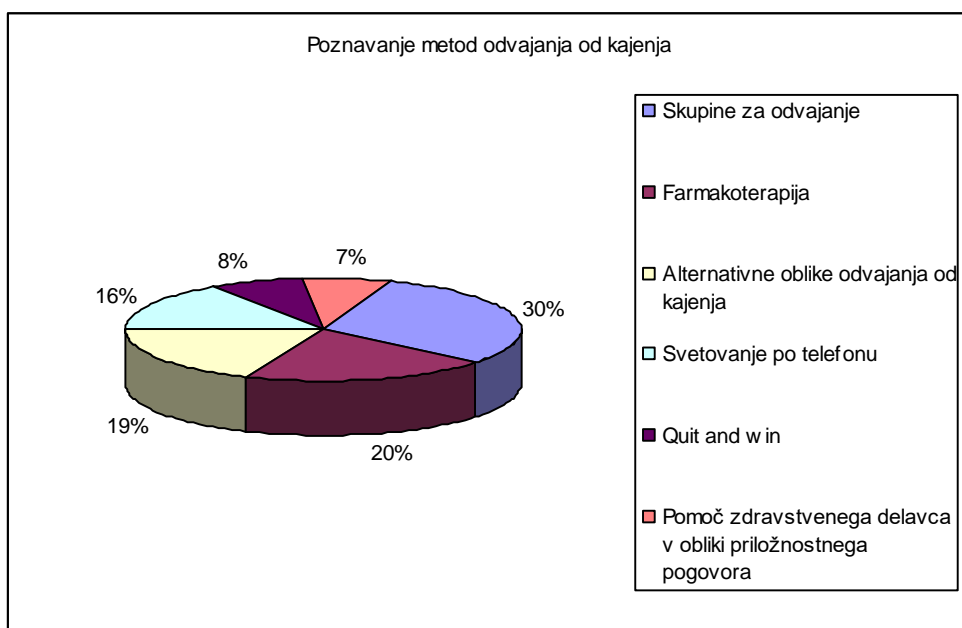
Na vprašanje, zakaj še vedno kadijo, je trinajst (50 %) anketirancev odgovorilo, da zato, ker nimajo motivacije, da bi odnehali, osem (31 %) jih kadi iz navade, sedem (27 %) zaradi ugodja ob kajenju, dva (8 %) sta odgovorila, da zaradi narave dela (stresnega dela), en (4 %) anketiranec pa ker mu to ugaja (Slika 13).

Med vsemi anketiranimi (kadilci in nekadilci) jih oseminštirideset (76 %) pozna odtegnitvene simptome pri prenehanju kajenja, petnajst (23 %) pa ne.

Slika 14: Poznavanje odtegnitvenih simptomov

Kot odtegnitveni simptomi (možno več odgovorov) so najbolj poznani razdraženost (21 %), silna želja po tobaku (20 %), napetost (18 %), glavobol (13 %), nespečnost, depresija ter tiščanje v prsih. En odstotek vprašanih ne pozna nobenega (Slika 14).

Na vprašanje, ali so mnenja, da kajenje škoduje zdravju, jih je dvainšestdeset (98 %) odgovorilo z da, eden (2 %) pa se s tem ne strinja.

Slika 15: Poznavanje metod odvajanja od kajenja

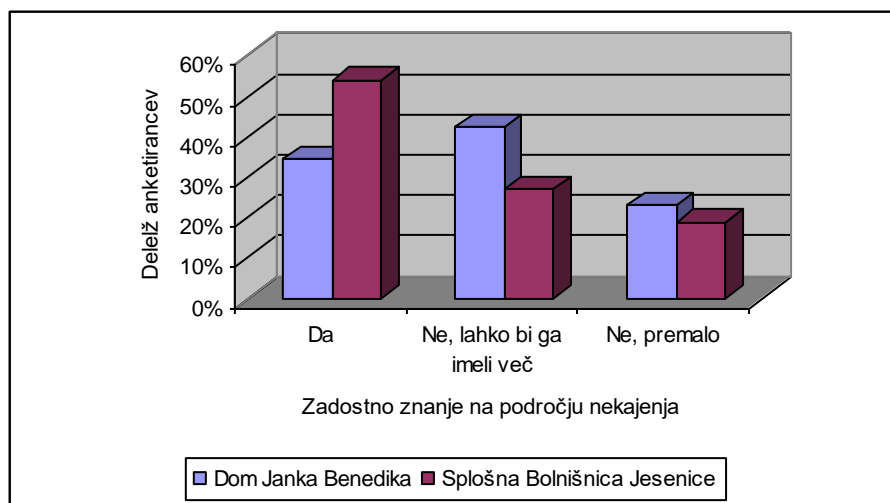
Glede metod odvajanja od kajenja največ poznajo (več možnih odgovorov) skupine za odvajanje (31 %), farmakoterapijo (20 %), sledijo alternativne metode odvajanja (19 %), svetovanje po telefonu (16 %), nato quit and win (8 %). Najmanj poznana je pomoč zdravstvenega delavca (7 %) (Slika 15).

Od zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja (farmakoterapija) so največkrat obkrožili (več možnih odgovorov), da ne poznajo nobenega (36 %), sledili so potencialna nenikotinska terapija za zdravljenje odvisnosti od nikotina (22 %), NNT (16 %), nikotinsko cepivo (12 %), potencialna nova NNT (10 %), ter Bupropion Hidroklorid (5 %).

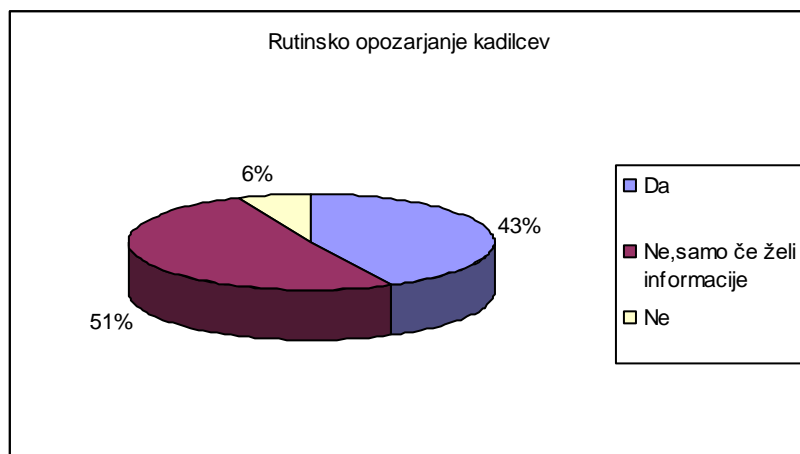
Sedemdeset (90 %) anketirancev ne pozna pristopa »5A« in »5R«, pet (8 %) anketirancev pozna oba, eden (2 %) pa pozna samo pristop »5A«.

S trditvijo, da je odvisnost od tobaka bolezen, se strinja sedemdeset (75 %) anketirancev, šestnajst (25 %) pa se s to trditvijo ne strinja.

Slika 16: Zadostno znanje na področju nekajenja



Devet (35 %) anketirancev v DJB se strinja, da imajo kot zdravstveni delavci dovolj znanja za zdravstveno-vzgojno delo na področju nekajenja, medtem ko se jih v SBJ s tem strinja dvajset (54 %), enajst (42 %) anketirancev v DJB meni, da bi lahko imeli več znanja, v SBJ pa je takega mnenja deset (27 %) anketirancev. Šest (23 %) jih v DJB meni, da ga imajo premalo, v SBJ pa sedem (19 %) (Slika 14).

Slika 17: Rutinsko opozarjanje kadilcev

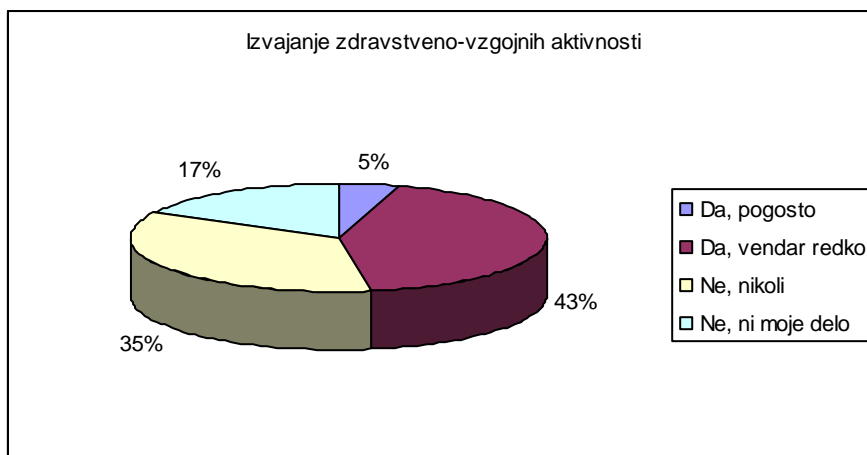
Sedemindvajset (43 %) anketirancev se strinja, da bi morali delavci v zdravstveni negi rutinsko opozarjati kadilce, naj ne ogrožajo sebe in drugih s svojim kajenjem, dvaintrideset (51 %) jih meni, da naj bi zdravstveni delavec opozoril kadilca le, če si kadilec sam želi informacij o tem, štirje (6 %) pa se z rutinskim opozarjanjem ne strinjajo (Slika 17).

Na vprašanje, ali bi se morali zdravstveni delavci v zdravstveni negi udeleževati posebnih izobraževanj na temo promocije nekajenja, je osemindvajset (76 %) anketiranih odgovorilo **z** da, vendar samo tisti, ki si želijo, enajst (17 %) jih je odgovorilo z da, štirje (6 %) pa so odgovorili z ne.

Slika 18: Zavedanje zgleda zdravstvenega delavca bolnikom in drugim obiskovalcem

Sedeminpetdeset (90 %) anketiranih se zaveda, da so s svojim vedenjem zgled bolnikom in drugim obiskovalcem ustanove, kjer so zaposleni, šest (10 %) anketiranih pa se tega ne zaveda (Slika 18).

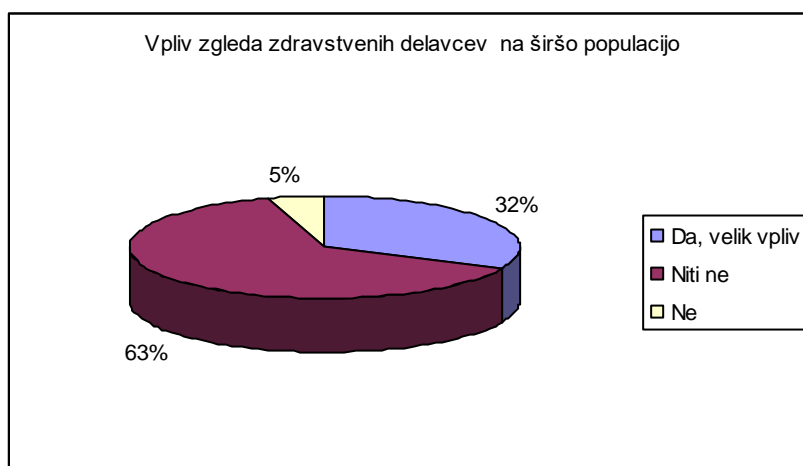
Slika 19: Izvajanje zdravstveno- vzgojnih aktivnosti



Zdravstveno-vzgojne aktivnosti za opuščanje kajenja izvajajo trije (5 %) anketiranci pogosto, sedemindvajset (43 %) jih izvaja redko, dvaindvajset (35 %) anketiranih tega ne počne nikoli, enajst (17 %) pa jih je mnenja, da to ni njihovo delo (Slika 19).

Dvaindvajset (35 %) anketiranih meni, da so nekadilci boljše pripravljeni izvajati zdravstveno-vzgojno dejavnost v povezavi z tistimi, ki kadijo, triindvajset (37 %) se jih s tem ne strinja, osemnajst (29 %) pa jih je mnenja, da ni razlike.

S trditvijo, da so delavci v zdravstveni negi boljše seznanjeni z metodami opustitve, kot ostali zdravstveni delavci, se je triinštirideset (68 %) anketirancev strinjajo, trinajst (21 %) jih je bilo mnenja, da ni razlike, sedem (11 %) pa se jih s trditvijo ni strinjalo.

Slika 20: Vpliv zgleda zdravstvenih delavcev na širšo populacijo

S trditvijo, da ima zgled, ki ga dajejo delavci v zdravstveni negi, pomemben zdravstveno-vzgojni vpliv na širšo populacijo, se strinja dvajset (32 %) anketirancev, štirideset (63 %) jih je odgovorilo negativno, trije (5 %) pa se s to trditvijo ne strinjajo (Slika 20).

6 RAZPRAVA

Namen diplomske naloge je predstaviti odvisnost od kajenja, najpogostejše vzroke za začetek in ohranjanje le-tega, negativne posledice, ki jih pušča na zdravju ter možne uveljavljene načine za odvajanje. Z opravljeno raziskavo smo želeli pridobiti sliko trenutnega stanja kadilcev med delavci v zdravstveni negi in ključne značilnosti oziroma probleme, ki jih je potrebno upoštevati pri načrtovanju aktivnosti za opustitev kajenja pri delavcih v zdravstveni negi tudi v prihodnje.

V raziskavi smo se osredotočili na štiri področja: razširjenost kajenja, vzroke za kajenje, poznavanje odtegnitvenih simptomov in načinov za odvajanje od kajenja ter izvajanje zdravstveno-vzgojnih aktivnosti.

V našo raziskavo je bilo vključenih triinšestdeset delavcev zdravstvene nege. Po starosti so prevladovali anketiranci, stari med enaindvajset in trideset let, po spolu večinoma ženske s srednjo izobrazbo, torej tehniki/-ce zdravstvene nege. Med anketiranimi je bilo 41 % kadilcev, 32 % nekadilcev, 8 % nekdanjih kadilcev, ki so kajenje opustili oz. v času anketiranja niso kadili.

Dobljeni rezultati so primerljivi s pilotsko raziskavo o kadilskih navadah, stališčih o vlogi zdravstvenega delavca pri omejevanju kajenja, stališčih do različnih ukrepov za nadzor nad tobakom in trenutne aktivnosti na področju svetovanja in pomoči pri odvijanju od kajenja med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev, ki jo je izvedel IVZ v letu 2005, saj je tam delež kadilcev med delavci v zdravstveni negi visok, in sicer je kadilcev 32,5 % vseh anketiranih. Slovensko povprečje znaša 17,1 % deleža kadilcev (35). Ta delež pa je med anketiranimi delavci v zdravstveni negi v naši raziskavi nekoliko višji, znaša namreč 41 %.

Dobljeni rezultati o deležu kadilcev med anketirano populacijo nam omogočajo potrditev prve hipoteze: »Med delavci v zdravstveni negi je več kot tretjina kadilcev,« saj je med anketiranimi kar 41 % ljudi, ki kadijo.

Iz vprašanj, ki so namenjena samo kadilcem, smo dobili sledeče rezultate:

Največ anketirancev (88 %) je začelo kaditi v srednji šoli, torej v sredini najstniških let, v dobi eksperimentiranja, dokazovanja in oblikovanja osebnosti, 12 % pa jih je začelo kaditi že

v osnovni šoli. Tudi raziskave o razširjenosti kajenja med mladimi so pokazale, da mladostniki začnejo kaditi v srednji šoli, veliko pa je takih, ki s kajenjem pričnejo že v osnovnošolskih letih.

V želji po opustitvi kajenja se rezultati anketirancev obeh ustanov pomembno razlikujejo v Domu dr. Janka Benedika Radovljica, kjer je kar 2/3 anketiranih kadilcev odgovorilo, da imajo željo opustiti kajenje, medtem ko je v Splošni bolnišnici Jesenice enako mislečih kadilcev bistveno manj, in sicer le 1/3 anketiranih. Najpogostejši vzrok, zakaj ljudje ne prenehajo s kajenjem, je predvsem pomanjkanje motivacije.

V domu upokojencev dr. Janka Benedika v Radovljici je tudi več anketiranih kadilcev, ki so poskušali opustiti kajenje. Kar 2/3 (70 %) anketiranih kadilcev je že enkrat poskušalo prenehati s kajenjem, medtem ko je v Splošni bolnišnici Jesenice polovica anketiranih, ki kadijo, večkrat poskusila z opustitvijo kajenja, vendar so z le-tem ponovno začeli.

Na vprašanje, kaj bi bil povod temu, da so oz. da bi prenehali kaditi, je večina (88 %) anketirancev odgovorila, da bi bila to osebna odločitev, ostali pa bi s kajenjem prenehali zaradi bolezni ali zaradi posveta z zdravnikom. Zaskrbljujoče je, da nihče ne bi prenehal s kajenjem le zaradi promocije nekajenja.

Splošno je znano, da kadilci ponavadi pokadijo veliko več cigaret v stresnih okoliščinah, kajti v cigaretah je pomembna substanca nikotin, ki ima sprostitvene učinke. To so pokazali tudi rezultati naše raziskave, saj so anketirani kadilci kot najpogostejši razlog, da prižgejo cigareto, navedli sprostitutev, sledita mu kajenje iz navade in zaradi stresa.

Glede na navedene vzroke, bi bilo morda smiselno posvetiti več pozornosti organizaciji samega dela, ponuditi organizacijske možnosti za zmanjševanje stresa na delovnem mestu in ponuditi strokovna izobraževanja na temo »premagovanje stresa«.

V raziskavi nas je zanimalo tudi, kje anketiranci pokadijo največ cigaret. Polovica (50 %) anketirancev je odgovorila, da v domačem okolju, pri 38 % anketiranih je to odvisno od dneva in količine dela v službi, samo 8 % anketiranih pa več cigaret pokadi v službi. K temu je verjetno pripomogel strog zakon o popolni prepovedi kajenja v zaprtih delovnih in javnih prostorih, ki je stopil v veljavo 1. 8. 2007.

Število pokajenih cigaret na dan je med delavci v zdravstveni negi pod slovenskim povprečjem. 64 % anketirancev pokadi do deset cigaret, to je manj kot pol škatlice dnevno, 24 % jih pokadi do ene škatlice dnevno (od enajst do dvajset cigaret), več kot škatlico (več kot enaindvajset cigaret) pa pokadi 12 % anketiranih. Povprečen polnoletni kadilec v Sloveniji pokadi 17,5 cigarete dnevno (29).

Z raziskavo smo ugotavljali tudi povezavo med naravo dela, delovnim mestom in kajenjem. 46 % anketirancev je odgovorilo, da stres in obremenitev na delovnem mestu zelo pripomoreta k temu, da prižgejo več cigaret. 31 % jih meni, da stres na delovnem mestu pripomore k temu zelo malo, 19 % jih meni, da je kajenje le stvar navade. Kot najpogostejša vzroka za kajenje na delovnem mestu navajajo navado oziroma kajenje iz navade in zagotovitev dodatnih petih minut odmora.

Ob teh rezultatih se nam postavi vprašanje o upravičenosti in etičnosti kajenja zdravstvenega delavca na delovnem mestu. Ko gre kadilec na svoj petminutni odmor, svoje delo prepusti drugim sodelavcem, ko pa si ta odmor vzame nekadilec, pa naj bo to še tako priden delavec v zdravstveni negi, je ta odmor vedno neupravičen, ker je nedopustno, da bi počivali med delovnim časom, saj dela v zdravstvu nikoli ne zmanjka. Ob tem se sprašujemo, ali je sploh pravično, da tako diskriminiramo nekadilce, ki morajo ta čas, ko so kadilci na petminutnem odmoru, delati za dva, čeprav so dober zgled bolnikom in drugim obiskovalcem raznih ustanov s tem, ker ne kadijo.

Ugotavljali smo tudi povezavo kadilcev s stopnjo izobrazbe. Največ anketiranih kadilcev ima srednješolsko izobrazbo, kar je vidno tudi iz nekaterih drugih raziskav (19,35). Primerjava naše raziskave in nekaterih drugih raziskav (19,35) bi lahko vodila do sklepa, da anketirani delavci z nižjo izobrazbo poznajo manj možnosti oziroma metod za odvajanje od kajenja, kot njihovi sodelavci z višjo izobrazbo.

Na vprašanje, ali svoje kajenje združujejo še z kakšno drugo razvado, so pričakovano odgovorili z da, in sicer s pitjem kave, kar je odgovorilo 81 % anketiranih, 15 % anketiranih ne povezuje svojega kajenja z nobeno drugo razvado, 4 % pa s pitjem alkohola.

Raziskovali smo tudi, kako se strinjajo z naslednjimi tremi trditvami o kajenju: »Ali svoje kajenje smatrajo kot odvisnost,« kar dejansko kajenje tudi je. Kajenje je ena od vrst

Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja 52

odvisnosti. 73 % anketiranih kadilcev smatra svoje kajenje kot obliko odvisnosti, 23 % jih kajenje smatra kot razvado, 4 % anketiranih pa kajenje ne smatra ne kot odvisnost in tudi ne kot razvado.

S trditvijo: »S kajenjem škodujejo sebi in drugim v njihovi okolici,« so se v 98 % anketiranci strinjali, da kajenje škoduje zdravju, le 2 % anketiranih pa se s tem ni strinjalo.

S tretjo trditvijo: »Odvisnost od tobaka je bolezen,« se je strinjalo kar 75 % anketiranih, nasprotovalo pa 25 % anketiranih.

Ker so delavci v zdravstveni negi tudi zdravstveni vzgojitelji, bi bilo prav, da bi med drugim poznali tudi odtegnitvene simptome pri prenehanju kajenja, in tako svojim bolnikom ter ostalim nudili ustrezno pomoč pri opustitvi kajenja. Z raziskavo smo ugotovili, da 76 % anketirancev meni, da poznajo odtegnitvene simptome pri prenehanju kajenja, 24 % anketirancev pa meni, da jih ne poznajo. Kot najbolj poznane odtegnitvene simptome navajajo razdraženost, silno željo po tobaku ter napetost, najmanj pa so poznani nespečnost, depresija in tiščanje v prsih.

Z anketo smo ugotovili, da sta najpogostejši metodi pri odvajanju od kajenja skupine za odvajanje od kajenja in farmakoterapija. Prva oblika je verjetno poznana predvsem zaradi njene zastopanosti na terenu, saj skupine za odvajanje od kajenja potekajo po skoraj vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji. Farmakoterapevtska sredstva pa so verjetno poznana predvsem zaradi njihovega množičnega oglaševanja v medijih (npr. reklame za žvečilke, obliže ipd.). Podrobnejše vprašanje o poznavanju posameznih farmakoterapevtskih sredstev, kjer je bilo več možnih odgovorov, je pokazalo, da jih delavci v zdravstveni negi zelo slabo poznajo, saj so v 36 % obkrožili odgovor, da ne poznajo nobenega sredstva za pomoč pri odvajanju od kajenja. Potencialno nenikotinsko terapijo za zdravljenje odvisnosti od nikotina so obkrožili v 22 %, NNT v 16 %, nikotinsko cepivo v 10 %, na zadnji dva mesti pa ste se uvrstila potencialna nova NNT (5 %) ter Bupropion Hidroklorid (5 %).

Izkazalo se je tudi, da metodo »Pomoč zdravstvenega delavca v obliki priložnostnega pogovora« pozna le 19 % anketirancev, pristop »5A« pozna 2 % anketiranih, oba pristopa, tako »5A« ter »5R«, pozna 8 % anketiranih, medtem ko 90 % anketiranih ne pozna nobenega od pristopov.

Rezultati raziskave so pokazali tudi, da anketirani menijo, da delavci v zdravstveni negi bolje poznajo metode opustitve kajenja kot ostali zdravstveni delavci, vendar smo s prejšnjimi vprašanji o poznavanju posameznih sredstev za odvajanje od kajenja ugotovili, da temu ni tako. Na podlagi tega lahko delavce v zdravstveni negi prav tako uvrstimo v isto skupino z ostalimi zdravstvenimi delavci.

Na podlagi teh rezultatov moramo našo drugo hipotezo: »Delavci v zdravstveni negi poznajo načine za odvajanje od kajenja,« zavrniti, hkrati pa nam zavrnitev te hipoteze daje iztočnico za oblikovanje ukrepov v prihodnje. Tudi med delavci v zdravstveni negi bo potrebno dvigniti raven znanja o metodah in načinih odvajanja od kajenja. S tem bomo omogočili njim samim, da se le-teh poslužujejo in da bodo lahko delovali zdravstveno-vzgojno. Načine odvajanja od kajenja bodo lahko predstavili in ponudili tudi ostalim kadilcem (pacientom, varovancem in ostalim, s katerimi so v stikih).

Zdravstveni delavci imajo pomembno vlogo pri izvajanju zdravstvene vzgoje na vseh nivojih zdravstvenega varstva, saj so v pogostih in dolgotrajnih neposrednih stikih z zdravimi in bolnimi. Imeti morajo veliko znanja in veščin, ki jim omogočajo uresničevanje njihovega poslanstva v promociji zdravja, preprečevanja bolezni, skrbi za bolne, invalidne in umirajoče (30).

Kar polovica vprašanih v raziskavi je odgovorila, da imajo dovolj znanja na področju odvajanja od kajenja in njegovih škodljivih učinkih, vendar jih še vedno tretjina meni, da bi ga lahko imeli več. Medtem ko pilotska raziskava o kadilskih navadah, stališčih o vlogi zdravstvenega delavca pri omejevanju kajenja in ukrepov za nadzor nad tobakom ter pomoči pri odvajanju od kajenja med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev v Sloveniji leta 2005, navaja drugačne podatke, in sicer, da je večina anketiranih med izvajalci zdravstvene nege le delno usposobljenih, in da skoraj 40 % izvajalcev zdravstvene nege navaja, da za to niso primerno usposobljeni (21). Z rezultati o usposobljenosti smo v naši raziskavi ugotovili tudi razliko med anketiranci obeh ustanov. V Splošni bolnišnici Jesenice je večina anketiranih (54 %) mnenja, da imajo dovolj znanja za izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela za odvajanje od kajenja, v Domu dr. Janka Benedika Radovljica pa večina anketiranih (42 %) meni, da bi ga lahko imeli več. Tukaj pa se nam postavlja vprašanje, kaj delavci v zdravstveni negi smatrajo kot »dovolj znanja«, saj le-tega nikjer ne pridobijo oz. je pridobivanje tega znanja prepuščeno in odvisno od njihove samoiniciative.

Raziskava IVZ-ja leta 2005, v kateri so sodelovale različne skupine zdravstvenih delavcev, med drugimi tudi delavci v zdravstveni negi, je pokazala, da se večina anketiranih zdravstvenih delavcev strinja s trditvami, da bi morali delavci v zdravstvu rutinsko opozarjati kadilce, naj ne ogrožajo drugih s svojim kajenjem ter jim tudi rutinsko svetovati, naj s kajenjem prenehajo. Z raziskavo smo ugotovili, da se s tem strinja 43 % vseh anketiranih, več kot polovica (51 %) pa jih meni, da naj bi zdravstveno-vzgojno delovali samo v primeru, ko si kadilec sam želi informacij o tem (21).

Na vprašanje o izvajanju zdravstveno-vzgojnih aktivnosti za opuščanje kajenja, je le 5 % anketiranih odgovorilo, da tovrstne aktivnosti izvajajo. 43 % anketiranih zdravstveno-vzgojne aktivnosti za opuščanje kajenja izvajajo zelo redko, 35 % anketiranih jih ne izvaja, 17 % pa je celo mnenja, da to ni njihovo delo. Skoraj izenačeni so pri trditvi, da so delavci v zdravstveni negi, ki ne kadijo, bolj pripravljeni izvajati zdravstveno-vzgojno dejavnost, saj se jih dvaindvajset (35 %) strinja s to trditvijo, triindvajset (37 %) pa ne. 29 % jih je mnenja, da ni razlike. Menimo, da so ti rezultati zaskrbljujoči, saj dokazujejo, da se anketirani ne ravna po vseh načelih Kodeksa etike medicinski sester in zdravstvenih tehnikov. Mogoče pa jim tudi na tem področju primanjkuje znanja?

Tudi V. načelo, 6. alineja Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pravi, da je medicinska sestra soodgovorna v skrbi za zdravje in življenje ljudi, zato je dolžna delovati zdravstveno-vzgojno (31). Vendar študijski programi zdravstvene nege ne temeljijo na izobraževanju o promociji zdravja in zdravstveni vzgoji. Menimo, da je preveč poudarka na diagnostiki in zdravljenju pacienta, kot pa na preventivnih ukrepih in promociji zdravja zdrave populacije.

Velik odstotek anketiranih se zaveda, da so s svojim vedenjem zgled pacientom in drugim obiskovalcem ustanove, kjer so zaposleni, hkrati pa jih 63 % meni, da zgled, ki ga dajejo delavci v zdravstveni negi, nima pomembnega zdravstvenega-vzgojnega vpliva na širšo populacijo.

Očitno pregovora »Preventiva je boljša od kurative«, tudi zdravstveni delavci ne jemljejo dovolj resno. Spomnimo se ga šele, ko je prepozno. Ker kajenje štejemo pod bolezni, ki se ne morejo pozdraviti čez noč, je potrebno vložiti veliko energije v to, da pacienta prepričamo, da

si s kajenjem uničuje zdravje in škoduje tudi drugim v svoji okolici. Posamezniku in delavcu v zdravstveni negi, ki kadi, bi morali predstaviti, da je kajenje eden izmed pogostih dejavnikov za pojav številnih bolezni in da ima prenehanje kajenja med drugim tudi finančne prednosti. Kot je razvidno iz opravljene raziskave, je potrebno kadilce predvsem motivirati, saj je kar polovica anketirancev odgovorila, da še vedno kadijo, ker jim primanjkuje motivacije, da bi prenehali. Dandanes na trgu obstajajo številne zloženke, razne delavnice in druge oblike odvajanja od kajenja, pa vendar so raziskave pokazale, da že triminutni posvet z zdravstvenim osebjem poveča stopnjo možnosti prenehanja s kajenjem (21). Torej ljudje bolj kot javnim medijem zaupajo zdravstvenemu osebju s katerim se največkrat pogovarjajo o tej problematiki. Mogoče je ravno osebni pristop tisti, ki najbolj pripomore k doseganju zastavljenega cilja. Z raziskavo smo ugotovili, da se delavci v zdravstveni negi bistveno ne razlikujejo od splošne populacije. Kljub znanju, ki bi ga morali imeti, in nalogah, ki jih opravljajo, ni delež kadilcev med njimi nič manjši. Primanjkuje jim strokovnega znanja s področja opuščanja kajenja, kar jim onemogoča tudi kvalitetno zdravstveno-vzgojno delovanje.

Menimo tudi, da je dodatnih strokovnih izobraževanj za delavce v zdravstveni negi, na področju nekajenja oz. opuščanja kajenja in s tem povezanega zdravega življenjskega sloga, bistveno premalo, pa čeprav je to velik zdravstveni problem celotne populacije. Na to temo smo zasledili le interna izobraževanja v Bolnišnici Golnik.

Glede na rezultate o zdravstveno-vzgojnih aktivnostih in zavedanju vzora delavcev v zdravstveni negi, ki ga ima na širšo populacijo, zavrnilo tudi tretjo hipotezo: »Delavci v zdravstveni negi se zavedajo svoje vloge zdravstvenega vzgojitelja v boju proti kajenju, vendar tega ne izvajajo in ne udeležujejo.«

Rezultati raziskave nam tako omogočajo, da prvo hipotezo: »Med delavci v zdravstveni negi je več kot tretjina kadilcev,« potrdimo, ter zavrnilo ostali dve: »Delavci v zdravstveni negi poznajo načine za odvajanje od kajenja,« in »Delavci v zdravstveni negi se zavedajo svoje vloge zdravstvenega vzgojitelja v boju proti kajenju, vendar tega ne izvajajo in ne udeležujejo.«

Pridobljene rezultate smo želeli uporabiti tudi pri načrtovanju aktivnosti za opustitev kajenja pri delavcih v zdravstveni negi v prihodnje. Kajenje predstavlja velik finančni strošek in ker
Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja 56

se trenutno nahajamo v obdobju gospodarske krize in pomanjkanja denarja, predlagamo, da se kadilcem v obeh ustanovah (kakor lahko tudi vsem ostalim kadilcem v zdravstveni negi), ponudi program opuščanja kajenja, ki smo ga poimenovali »Uporabimo recesijo v korist svojega zdravja«. Najprej bodo anketiranci in zaposleni v obeh ustanovah seznanjeni z rezultati naše raziskave, ki jih bom posredovala na CD-ju obema glavnima sestrama. Z rezultati in predlogi pa bom seznanila tudi obe gospe, Heleno Koprivnikar z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije ter Dominiko Novak Mlakar iz CINDI Slovenija, ki sta mi pomagali s strokovno literaturo.

Predlog programa: Uporabimo recesijo v korist svojega zdravja

Glavni cilj programa, namenjenega delavcem kadilcem v zdravstveni negi, je zmanjšanje števila pokajenih cigaret oz. opustitev kajenja. Program je časovno zastavljen za dobo šestih mesecev. V tem času bi udeleženci programa (ki bi se vanj vključili prostovoljno) v določenem prostoru npr. sestrski sobi, sobi za rekreacijo, na vidnem mestu, vodili javni dnevnik o nepokajenih cigaretah. Na plakatu, kjer bi bili predstavljeni udeleženci projekta, bi ob njihovih imenih sami označevali število nepokajenih cigaret oz. škatlic cigaret. Hkrati bi za vsako nepokajeno škatlico oddali v namensko »skrinjico« svoj denarni prispevek (višina prispevka bi bila prostovoljna).

Sproti, bi tako lahko vsak udeleženec programa, kakor tudi ostali zaposleni, spremljali koliko je posameznik zmanjšal število pokajenih cigaret oz. kolikim se je odrekel. Ob zaključku programa, torej po izteku šestih mesecev, bi glavna sestra – kot koordinator programa, razglasila zmagovalca – tistega, ki se je v tem obdobju uspel v največji meri odreči kajenju. Zbrani denar iz »prostovoljnih prispevkov« pa bi namenili določeni aktivnosti za ohranjanje ali krepitev zdravega življenjskega sloga. Vsem udeležencem programa bi dali na razpolago ali učno delavnico s strokovnjakom za opuščanje kajenja, ali nabavo telovadnih pripomočkov za izvajanje aktivnih odmorov med delovnim časom, ali pa denar namenili v dobrodelne namene organizacijam, ki se ukvarjajo s to problematiko.

Z demokratičnim izglasovanjem bi tako določili aktivnost, katere pa bi se lahko udeležili tudi ostali zaposleni.

Po izteku prve izvedbe programa, bi le tega ponovili in k njemu poleg prejšnjih udeležencev, ki so sicer zmanjšali število pokajenih cigaret, kajenja pa še niso opustili, povabili tudi nove udeležence – ostale kadilce v ustanovi.

Poleg izvajanja tovrstnih programov, menimo, da bi se moralo več bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov vključiti v združenje Bolnišnic brez tobaka, kot je to storila Bolnišnica Golnik. Na vidno mesto bi morali obesiti plakate, da kajenje škoduje zdravju, prav tako kot tudi pasivno kajenje. V interno glasilo, če ga imajo, bi morali vnesti članke o tem projektu ter delavnicah na temo kajenja in kaj novega se dogaja na tem področju v njihovi ustanovi oziroma bližnji okolici.

Menimo, da bi se morala vzgoja za zdravje začeti že v otroštvu, ko se otrokova osebnost šele oblikuje. Začeti bi morali pri starših, torej z zdravim življenjskim slogom celotne družine. Seveda bi bilo najbolje, da so starši nekadilci, če pa se kajenja vendarle poslužujejo, bi morali otroku na razumljiv način objasniti, da njihovo početje ni zdravo in naj ga ne jemljejo za zgled. Vzgoja o zdravem načinu življenja naj bi se nadaljevala v šoli. Predvsem med mladimi v osnovnih in srednjih šolah bi morali poudarjati aktivnosti promocije zdravja in vzgoje za zdravje. Obravnavi škodljivih razvad ter odvisnosti sodobne družbe, tako kajenja kot tudi drugih, bi morali namenjati veliko časa in pozornosti. Še večji poudarek na novodobne razvade ter na promocijo zdravega življenjskega sloga bi morale svojim dijakom dajati zdravstvene šole, saj, kot smo že zapisali, so zdravstveni delavci velik zgled drugim. Seveda se vzgoja o zdravem načinu življenja na tej stopnji ne bi smela končati, pač pa bi se morala nadaljevati tudi v obdobje študija na fakultetah in visokih šolah.

7 ZAKLJUČEK

Kajenje je v laični javnosti poznano kot ena od razvad, ki jo ima velik delež populacije (17,1 %) (9). Skoraj večina pa se ne zaveda, da to ni le razvada, temveč tudi ena izmed vrst odvisnosti.

Kljub strokovnemu znanju, ki bi ga delavci v zdravstveni negi morali imeti o škodljivih vplivih kajenja, jih med njimi še vedno veliko kadi.

Žalosti nas, da se kajenju med delavci v zdravstveni negi kot dejavniku tveganja za nastanek različnih in številnih bolezni, ne posveča dovolj pozornosti s strani promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za opustitev kajenja. Na to temo bi bilo potrebnih več organiziranih aktivnosti v delovnem okolju na tematiko promocije nekajenja na delovnem mestu.

Ugotovili smo tudi, da imajo delavci v zdravstveni negi pomanjkanje znanja o metodah odvajanja od kajenja, o zdravstveno-vzgojnem delu ter promociji nekajenja. To znanje bi lahko pridobili z nadgradnjo obstoječega znanja z različnimi oblikami izpopolnjevanj, ki bi bile ponujene že v času študija, kakor tudi v času opravljanja dela oz. na delovnem mestu.

Delavci v zdravstveni negi se morajo zavedati, da so zgled posameznikom in širši družbi. S svojimi delovnimi uniformami so delavci v zdravstveni negi v delovnih ustanovah še toliko bolj prepoznavni in opazni, in to tudi tedaj, ko morda pred vhodom v ustanovo, na zelenici ali na kakem drugem vidnem mestu, kadijo. Vloge zdravstvenih vzgojiteljev/-ic pa se žal premalo zavedajo.

Še vedno obstaja velik razkorak med teorijo in prakso, saj v literaturi zasledimo, da imajo delavci v zdravstveni negi veliko zdravstveno-vzgojnega znanja na tem področju, vendar se ga v praksi ne uporablja, nekateri pa so mnenja, da zato sploh niso usposobljeni in da to ni njihovo delo. Tudi glede promocije zdravega življenjskega sloga zasledimo veliko več izobraževanj na različne teme (spodbujanje redne telesne aktivnosti, ukrepanja za zmanjševanje holesterola v krvi), o temi škodljivosti kajenja na zdravje pa je teh izobraževanj manj.

Veliko bi lahko dosegli tudi na ravni družine, torej z vzgojo o zdravju v družini, saj bi morali vzgajati otroke s pravo kombinacijo ljubezni, vzora, discipline in komunikacije, brez ustrahovanj in nepotrebnih groženj. Morda bi bil takšen pristop dolgoročno uspešnejši, saj se vzgoja začne doma in ne ko otroci sedijo v šolske klopi (32).

VIRI

1. *Strokovni posvet ob svetovnem dnevu tobaka 2005*, IVZ, Ljubljana 31.5.2005
Publikacija: Zdravstvena kultura, 2005; 2005 (47): VI.
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/515_prispevki_s_strokovnega_srecanja_SDBT2005.doc <30.5. 2005>.
2. *Novak Mlakar D, Mesarič J. Programi opuščanja kajenja, 2008.*
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1556-SDBTc_2008_ZBORNIK.pdf < 29.5. 2008>.
3. *Čakš T. Pasivno kajenje: Vpliv zdravja in vloga zdravstvenega delavca, 2006.*
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/998-povzetki_SDBT_2006.doc < 31.5.2006>.
4. *Pregeljc M, Curk A, Lemut B. Kajenje ubija, 1998.*
Dostopno na spletni strani: <http://library.thinkQuest.org/17360/> <1998>.
5. *Čakš T. Raba tobaka skozi čas. Revija Vita 2005; 11(50): 3-4.*
6. *Tit A. Tobak kot javno zdravstveni problem, 2006.*
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/998_povzetki_SDBT_2006.doc < 31.5.2006>.
7. *Štabuc B. Kajenje in rak. In: Primc – Žakelj M, Zdešar A.eds. XII seminar "In memoriam dr. Dušana Reje. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku: Onkološki inštitut: Inštitut za varovanje zdravja RS: FIHO, 2004: 7,22,25-2761-64.*
8. *Čebašek - Travnik Z. Kajenje kot bolezen odvisnosti. Revija Vita 2004;10 (43): 9-10.*
9. *Koprivnikar H. Izpostavljenost tobačnemu dimu in kadilske navade polnoletne populacije RS v letih 2006 in 2008.*

Dostopno na spletni strani: www.zzv-lj.si/.../koprivnikar_izpostavljenost_tobacnemu_dimu_in_kadilske_navade_polnoletne_populacije_rs_v_letih_2006_in_2008. <1.6.2009>.

10. Čakš T, Maučec Zakotnik J. *Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvajanju od kajenja*. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, 2004.

11. Rus Makoec M. *O kajenju*, 2008.

Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1556-SDBTc_2008_ZBORNIK.pdf <29.5.2008>.

12. Novak Mlakar D. *Opuščanje kajenja in njihova uspešnost*, 2006.

Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/998-povzetki_SDBT_2006.doc <31.5.2006>.

13. Kobal Grum D. *Kadilska omama večine ne zapelje*. *Revija Vita* 2005; 11(50):7-8.

14. Annon. *Vpliv kajenje tobaka na zdravje*.

Dostopno na spletni strani: http://sl.wikipedia.org/wiki/Vpliv_kajenja_na_zdravje#Epidemiologija_kajenja. <1.6.2009>

15. Annon. *Učinki kajenja*.

Dostopno na spletni strani: [http:// med.over.net/zasvojenost/kajenje_učinki.ph](http://med.over.net/zasvojenost/kajenje_učinki.ph) <25.1.2009>.

16. Zidarn M. *Kajenje in telesne bolezni*. *Revija Vita* 2004;10 (43): 7-8.

17. Rotar Pavlič D. *Publikacija: Življenjski slog: brez cigarete*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2007.

18. Koprivnikar H. *Publikacija: Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.

19. *CINDI: rezultati raziskave : »dejavniki tveganja za nalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije« (z zdravjem povezan vedenjski slog), Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Ljubljana 2004.*
20. *Zidarn M. Vloga bolnišnic pri zmanjševanju tobaka, Ljubljana 2005.*
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/515_prispevki_s_strokovnega_srecanja_SDBT2005.doc <30.5. 2005>.
21. *Koprivnikar H. Zdravstveni delavci in tobak- rezultati pilotske raziskave, 2005.*
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/515-Pilotska_raziskava_SDBT2005.DOC < 30.5. 2005>.
22. *Žalar A. Analiza zdravstveno-vzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja. Obzornik zdravstvene nege 2008; 42 (1): 13-19.*
23. *Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 1-16, 111-112, 148.*
24. *Annon. CINDI v Sloveniji.*
Dostopno na spletni strani: http://cindislovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=167&Itemid=84 < 2.3.2009 >.
25. *Annon. Usmerjeni projekti CINDI Slovenije.*
Dostopno na spletni strani: http://www.sozitje-velenje.si/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=53 <1.3.2009>.
26. *Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Čili za delo, Zdravi na delovnem mestu.*
Dostopno na spletni strani: <http://www.cilizadelo.si/default-10100.html> <1.3.2009>.
27. *Stergar E. Promocija zdravja pri delu v Evropi in pri nas.*
Dostopno na spletni strani: www2.izd.si/dokdl-176.dwm?PHPSESSID=54a92f8f8c5646fc621bb00ea12d9f3 < 1.3.2009>.

28. Juričič M. *Svetovna raziskava odnosa mladih do tobaka*, 2008.
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1556-SDBTc2008_ZBORNIK.pdf <29.5.2008>.
29. Koprivnikar H. *Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom, pregled stanja*, Inštitut za varovanje zdravja RS, junij 2005.
30. Zaletel M. *Učenje bodočih medicinskih sester o dejavnikih tveganja in škodljivosti kajenja*, 2005.
Dostopno na spletni strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/515_prispevki_s_strokovnega_srecanja_SDBT2005.doc <30.5.2005>.
31. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Kodeks etik medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, Ljubljana 2005.
32. Rupret S. *Kajenje*. *Revija Naša lekarna* 2008; 22 (2): 42-54.
Dostopno tudi na spletni strani: <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/kajenje/> <18.5.2009>.
33. Annon. *European Network Smoke Free Hospitals*.
Dostopno na spletni strani: <http://www.ensh.eu/ensh/racine/default.asp?id=802> <1.3.2009>.
34. Šuklar S. *Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki v Pomurju in njihova vloga v boju proti kajenju*. *Obzornik zdravstvene nege* 2000; 34 (3-4): 151-154.
35. *Pilotska raziskava o kadilskih navadah, stališčih o vlogi zdravstvenega delavca pri omejevanju kajenja, stališčih do različnih ukrepov za nadzor nad tobakom in trenutne aktivnosti na področju svetovanja in pomoči pri odvajanju od kajenja med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev*, IVZ 2005.
36. *CINDI Slovenija. Zloženka: Opusti kajenje in zmagaj* 2008. Ljubljana: CINDI Slovenije, 2008

SEZNAM KRATIC

CINDI: Mednarodni integrirani program za preprečevanje kroničnih bolezni

IVZ: Inštitut za varovanje zdravja

NNT: Nikotinska nadomestna terapija

SZO: Svetovna zdravstvena organizacija

DJB: Dom upokojencev dr. Janka Benedika Radovljica

SBJ: Splošna bolnišnica Jesenice

PRILOGE

- Priloga 1: Anketni vprašalnik
- Priloga 2: CD medij z predstavitevijo rezultatov raziskave Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja

Priloga 1: Vprašalnik za diplomsko nalogo: Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja

ANKETA

Sem Karmen Renier, absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola. Ker pišem diplomsko nalogo z naslovom »Razširjenost kajenja med delavci v zdravstveni negi ter njihova vloga na področju promocije zdravega življenjskega sloga brez kajenja«, Vas prosim za sodelovanje pri dani anketi.

Anketa je sestavljena iz več delov. Prvi del je namenjen samo kadilcem, drugi del pa je namenjen tako kadilcem, kot tudi nekadilcem. Povsod je možen le en odgovor, kjer je možnih več odgovorov, je posebej navedeno .

Anketa je anonimna. Prosim, da odgovarjate iskreno, saj bom le tako lahko pridobila verodostojne podatke.

Spol: moški ženski

Starost:

- a) pod 20 let
- b) od 21 do 30 let
- c) od 31 do 40 let
- d) od 41 do 50 let
- e) nad 50 let

Izobrazba: bolničar/-ka
tehnik/-ca zdravstvene nege
diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik

1. Ali kadite?

- a) da
- b) ne
- c) sem kadil/-a

Če ste na vprašanje št. 1 odgovorili z da, prosim, odgovorite tudi na spodnja vprašanja, če z ne oz. sem kadil/-a, potem pojdite na vprašanje št. 16.

2. Kdaj ste začeli kaditi?

- a) osnovna šola
- b) srednja šola
- c) med študijem
- d) ko sem nastopil/-a delo

3. Kje kadite?

- a) samo v službi
- b) samo doma
- c) oboje
- d) na poti v službo/domov
- e) drugje (navedite): _____

4. Ali imate željo, da bi opustili kajenje?

- a) da
- b) ne

5. Ste že kdaj poskusili opustiti kajenje?

- a) da, enkrat
- b) da, večkrat, vendar sem začel/a ponovno kaditi
- c) ne, nikoli

6. Koliko cigaret pokadite na dan?

- a) do 10 (manj kot pol škatlice)
- b) 11-20 (pol škatlice do eno škatlico)
- c) 21 ali več (več kot 1 škatlico)

7. Zakaj sploh prižgete cigareto? (možnih več odgovorov)

- a) vpliv družbe
- b) za sprostitve
- c) za zaposlitev
- d) iz navade
- e) stres na delovnem mestu
- f) drugo: (navedite): _____

8. Ali smatrate svoje kajenje kot odvisnost?

- a) da
- b) ne
- c) ne, je samo razvada

9. Kje pokadite več cigaret?

- a) doma
- b) v službi
- c) oboje enako
- d) odvisno od dneva, količine dela

10. Ali menite, da narava dela pripomore k temu, da pokadite več cigaret? (Stres, obremenitev na delovnem mestu)

- a) da, zelo
- b) da, malo
- c) ne, ni razlike
- d) ne vem

11. Kateri so najpogostejši vzroki za to, da kadite na delovnem mestu? (Možnih je več odgovorov)

- a) delo v izmenah
- b) velika obremenitev na delovnem mestu

- c) tako si zagotovim 5 minut odmora
- a) ker drugi tudi kadijo
- b) zaradi navade
- c) zaradi stresa
- d) ne zdržim brez cigarete
- e) ne kadim na delovnem mestu

12. Ali svoje kajenje združujete še z kakšno drugo razvado? (Možnih je več odgovorov)

- a) pitje kave
- b) pitje alkohola
- c) jemanje pomirjeval
- d) ne
- e) drugo (navedite) _____

13. Če ste se oziroma bi se odločili za prenehanje kajenja, kaj bi oz. je bil povod temu?

- a) osebna odločitev
- b) bolezen
- c) promocija nekajenja med zdravstvenimi delavci
- d) posvet z zdravnikom
- e) drugo (navedite): _____

14. Se zavedate, da s tem, ko kadite, škodujete sebi in drugim, ki so ta čas v vaši okolici?

- a) da
- b) ne

15. Zakaj še vedno kadite?

- a) nimam motivacije/volje da bi odnehal/-a
- b) iz navade
- c) zaradi narave dela, stresnega dela
- d) zaradi dobrega počutja med kajenjem
- e) drugi vzroki (navedite): _____

16. Ali poznate odtegnitvene simptome pri prenehanju kajenja?

- a) da
- b) ne

17. Če ste odgovorili z da, katere? (Možnih več odgovorov)

- a) glavobol
- b) napetost
- c) depresija
- d) tiščanje v prsih
- e) silna želja po tobaku
- f) nespečnost
- g) razdraženost

18. Ali ste mnenja, da kajenje škoduje zdravju, okolju?
- a) da
 - b) ne
19. Obkrožite, katere metode odvajanja od kajenja poznate? (Možnih več odgovorov)
- a) farmakoterapija
 - b) skupine za odvajanje
 - c) svetovanje po telefonu
 - d) quit and win
 - e) pomoč zdravstvenega delavca v obliki kratkega priložnostnega nasveta
 - f) alternativne oblike odvajanje od kajenja
20. S katerimi metodami farmakoterapije ste seznanjeni? (Možnih več odgovorov)
- a) NNT (svečke, inhalator)
 - b) potencialna nova NNT
 - c) nikotinsko cepivo
 - d) Bupropio Hidroklorid
 - e) potencialna nenikotinska terapija za zdravljenje odvisnosti od nikotina
 - f) ne poznam nobenega
21. Ali poznate pristopa »5R« za tiste, ki nočejo prenehati kaditi, in »5A« za tiste, ki so prenehali s kajenjem?
- a) da, poznam oba
 - b) da, poznam samo »5R«
 - c) da, poznam samo »5A«
 - d) ne, ne poznam nobenega
22. Se strinjate z trditvijo: »Odvisnost od tobaka je bolezen.«
- a) da, popolnoma se strinjam
 - b) ne, se ne strinjam
23. Menite, da imate kot zdravstveni delavci dovolj znanja za zdravstveno-vzgojno delo na tem področju?
- a) da, dovolj
 - b) ne, lahko bi ga imeli več
 - c) ne, premalo
24. Se strinjate s tem, da bi delavci v zdravstveni negi morali rutinsko opozarjati kadilce, naj ne ogrožajo sebe in drugih s svojim kajenjem?
- a) da
 - b) ne, samo, če sam želi informacije
 - c) ne
25. Menite, da bi se morali delavci v zdravstveni negi udeleževati posebnih izobraževanj na to temo?
- a) da
 - b) da, vendar samo tisti, ki želijo
 - c) ne

26. Ali se zavedate, da ste s svojim vedenjem zgled bolnikom in drugim obiskovalcem vaše ustanove?
- a) da
 - b) ne
27. Ali pri bolnikih kadilcih izvajate zdravstveno-vzgojne aktivnosti za opuščanje kajenja?
- a) da, pogosto
 - b) da, vendar redko
 - c) ne, nikoli
 - d) ne, to ni moje delo
28. Menite, da so tisti delavci v zdravstveni negi, ki so nekadilci, bolje pripravljeni izvajati zdravstveno vzgojo v povezavi s kajenjem kot kadilci?
- a) da
 - b) ne
 - c) enako
29. Se strinjate, da so delavci v zdravstveni negi bolj seznanjeni z metodami opustitve kajenja kot ostali zdravstveni delavci.
- a) da
 - b) ne, enako
 - c) ne, premalo
30. Se strinjate, da ima zgled, ki ga dajejo delavci v zdravstveni negi, pomemben zdravstveno vzgojni vpliv na širšo populacijo?
- a) da, velik vpliv
 - b) niti ne
 - c) ne

Najlepša hvala za sodelovanje!

Karmen Renier

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici mag. Manici Remec, za strokovno pomoč pri pisanju diplomske naloge.

Mojim prijateljicam in prijateljem za obilo nasvetov pri pisanju in urejanju diplomske naloge ter za spodbujanje, ko mi je šlo kaj narobe.

Zahvaljujem se tudi svojim staršem za takšno in drugačno podporo v času študija.

Karmen

